

**A operacionalização dos princípios da Bioética no
principalismo de Beauchamp e Childress**

Isabel Otília Parreiral Pinheiro de Matos Martins

Dissertação de Mestrado em Filosofia

Fevereiro de 2013

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Filosofia, realizada sob a orientação científica
da Professora Doutora Marta Mendonça.

AGRADECIMENTOS

- À excelentíssima Professora Doutora Marta Mendonça, pelas suas preciosas orientações críticas e pela disponibilidade que sempre demonstrou.
- Ao meu marido, pelo incentivo e entusiasmo com que acolheu este projeto, pela disponibilidade para rever cuidadosamente o trabalho sempre que solicitado para esse efeito e pelos debates produtivos que me proporcionou.
- Aos meus pais, pelo apoio incondicional que sempre me prestaram no meu percurso de formação.
- Aos meus sogros, pelo incentivo que sempre me deram.
- Aos meus filhos pela compreensão demonstrada.
- À Universidade Católica Portuguesa pela formação que me deu em Filosofia.
- À Faculdade Nova de Lisboa pela possibilidade que me deu de desenvolver os meus conhecimentos na área que mais me apraz em Filosofia – a Ética.

OPERACIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA NO PRINCIPALISMO DE BEAUCHAMP E CHILDRESS

ISABEL OTÍLIA PARREIRAL PINHEIRO DA SILVA DE MATOS MARTINS

PALAVRAS-CHAVE: autonomia, balanço/ponderação, beneficência, especificação, justiça distributiva, não-maleficência, principialismo.

RESUMO

Na sexta edição obra *Principles of Biomedical Ethics*, como nas edições anteriores, Beauchamp e Childress apresentam-nos uma análise detalhada de cada um dos princípios *prima facie* centrais no debate bioético, assim como os problemas éticos que cada um desses princípios envolve, e propõem um modelo para as situações morais mais difíceis, onde se verifiquem conflitos entre princípios.

Tendo em consideração a complexidade da aplicação concreta de cada um dos princípios propostos, procurar-se-á, com o presente trabalho, mostrar não só o processo reflexivo que envolve a “especificação” e a “ponderação” de princípios, mas também mostrar de que modo estes procedimentos se revelam essenciais à vida moral.

Neste contexto passar-se-á de questões como, por exemplo, a do respeito pela autonomia, para os problemas do consentimento informado e do paternalismo médico; das diferenças entre os princípios da não-maleficência e da beneficência para os dilemas entre autonomia e beneficência; do princípio da justiça para o problema da justa distribuição de recursos na assistência à saúde.

OPERATIONALIZATION OF THE BIOETHICAL PRINCIPLES IN THE PRINCIPLISM OF BEAUCHAMP AND CHILDRESS

ISABEL OTÍLIA PARREIRAL PINHEIRO DA SILVA DE MATOS MARTINS

KEYWORDS: autonomy, balance, beneficence, specification, distributive justice, nonmaleficence, principlism.

ABSTRACT

In the sixth edition of *Principles of Biomedical Ethics*, as in the others editions, Beauchamp and Childress present us with a detailed analysis of each of the *prima facie* principles central to the bioethics debate as well as the ethical problems that each of these principles involved and propose us a model for the more difficult moral situations where there are conflicts between principles.

Given the complexity of the actual implementation of each of the proposed principles, this work will seek to show not only the reflective process that involves ‘specifying’ and ‘balancing’ principles, but also show how these procedures prove to be essential to moral life.

In this context will be addressed questions such as, for example, respect for autonomy, for the issues of informed consent and medical paternalism, the differences between the principles of nonmaleficence and beneficence to the dilemmas of autonomy and beneficence; the principle of justice to the problem of fair distribution of resources in health care.

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas	vi
Introdução.....	1
1 Enquadramento histórico-filosófico da sexta edição da obra <i>Princípios da Ética Biomédica</i> de Beauchamp e Childress	3
1.1 O Relatório Belmont.....	4
1.2 A proposta principialista.....	6
1.3 A complementaridade das teorias concorrentes	9
2 Identificação, especificação e ponderação de princípios	13
2.1 Autonomia	16
2.2 Não-maleficência.....	24
2.3 Beneficência	30
2.4 Justiça	40
2.5 Especificação e implicações dos princípios éticos na relação “profissional-paciente”	48
2.6 Breve análise do problema da justificação ética e da operacionalização dos princípios da bioética.....	56
Conclusão.....	59
Bibliografia.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

Nas notas foram usadas as seguintes abreviaturas das obras de Beauchamp e Childress:

PBE - *Principles of Biomedical Ethics*, 6th ed., New York, Oxford University Press, 2009*.

SOP - *Standing on Principles*, Collected Essays. New York: Oxford University Press; 2010.

* A 7ª edição da obra é posterior à redação da dissertação.

INTRODUÇÃO

A bioética está na origem de diversas propostas teóricas que visam encontrar soluções para os problemas ou conflitos éticos inerentes à prática médica. Entre essas propostas destaca-se o principialismo. A proposta principialista, embora apresente um dos modelos bioéticos mais influentes da atualidade, tem sido alvo de algumas críticas. Neste trabalho procurar-se-á identificar a razão da prevalência desta perspectiva no debate bioético, quais os seus principais contributos, assim como questionar a pertinência de algumas críticas que lhe têm sido dirigidas.

Para esse efeito, tomar-se-á como ponto de partida a análise, realizada por Beauchamp e Childress na sexta edição da obra *Principles of Biomedical Ethics*, cuja contextualização passará pela necessária referência ao facto da primeira edição da obra ter sido publicada no mesmo ano em que é apresentado o *Relatório Belmont*, em 1979². Reconhecendo as inúmeras mudanças que ocorreram nos trinta anos que distanciam a primeira da sexta edição da obra *Principles of Biomedical Ethics*, procurar-se-á igualmente destacar a forma como os seus autores foram capazes de manter a atualidade das suas discussões filosóficas. Atualidade essa que passa por todo um processo de sucessivas revisões, nas quais os autores procuraram dar resposta a muitas das críticas que lhes foram dirigidas.

Assim procurar-se-á com o presente trabalho evidenciar como, reforçando e reajustando alguns dos conteúdos das edições precedentes, Beauchamp e Childress mantêm não só a proposta inicial de apresentarem uma alternativa aos princípios absolutos próprios das teorias morais clássicas kantiana e utilitarista, como revelam a capacidade de reconhecer e superar algumas das lacunas iniciais detetadas no seu modelo bioético.

Seremos então confrontados, por um lado, com a existência de uma série de princípios morais básicos e irreduzíveis que expressam obrigações *prima facie*, princípios que são apresentados como não tendo carácter obrigatório ou absoluto, mas como princípios que admitem exceções de acordo com as circunstâncias específicas - os princípios do respeito pela autonomia, da não-maleficência, da beneficência e da justiça - e, por outro lado, com a

² Do *Relatório Belmont* destaca-se aqui, não só o facto de ter contado com a participação do filósofo Tom Beauchamp como parte integrante da equipa constituída por elementos de diferentes áreas científicas de uma comissão, criada em 1974, pelo Congresso norte-americano (conhecida por Comissão Nacional) para definir a forma de proteger os seres humanos da investigação biomédica, como também o facto de estar em causa uma tentativa de definir limites éticos à própria investigação biomédica com seres humanos, a partir da diferença entre “prática médica” e “experiências com seres humanos”.

exploração de alguns problemas associados à aplicação de cada um destes princípios, como é o caso da vulnerabilidade (quando estamos perante a obrigação da justiça) ou do paternalismo (quando estamos perante a obrigação da beneficência), por exemplo.

Ainda que o objetivo do trabalho seja analisar a proposta de Beauchamp e Childress, mais do que as críticas que lhes foram dirigidas, uma adequada compreensão da mesma não poderá ignorar algumas dessas críticas, que levaram os autores a expressarem, no prefácio da sexta edição, o desejo de verem finalmente clarificados alguns equívocos na interpretação dos conteúdos que apresentaram nas edições precedentes.

Considerando que é um erro estabelecer antecipadamente prioridades entre os princípios que devem orientar a ação ética, os autores propõem-se a realizar uma análise detalhada de cada um dos quatro princípios, colocando-os ao mesmo nível. A falta de hierarquia de princípios não impede, no entanto, que se possam, em determinadas situações de conflito, sobrepor uns em relação aos outros, como poderemos verificar através de alguns exemplos práticos que serão apresentados.

Será então com base nesta problemática, isto é, com base na reflexão em torno de possíveis soluções que permitam reduzir os conflitos éticos existentes na prática médica, que se irá desenvolver o presente trabalho, tomando sempre que possível como ponto de partida a análise e os exemplos apresentados pelos autores na sexta edição da obra *Principles of Biomedical Ethics*.

Para esse efeito, optou-se por estruturar o presente trabalho da seguinte forma: Após esta breve introdução, procura-se no primeiro capítulo proceder ao enquadramento da problemática inerente ao principialismo, sua origem, finalidade e principais críticas de que foi alvo. No segundo capítulo explora-se o contributo do modelo principialista de Beauchamp e Childress para a justificação das decisões humanas em campos tão complexos como o da bioética. Para esse efeito, procurar-se-á, numa primeira fase do capítulo, acompanhar o raciocínio dos autores na especificação que fazem de cada um dos princípios propostos para a ética biomédica, para se proceder posteriormente não só à análise do problema da aplicação desses princípios na relação entre os profissionais de saúde e os seus pacientes, como também à análise do problema da justificação ética e da operacionalização dos princípios propostos pelos autores. Por fim, apresentam-se as principais conclusões a que a realização do presente trabalho conduziu.

1 ENQUADRAMENTO HISTÓRICO-FILOSÓFICO DA SEXTA EDIÇÃO DA OBRA *PRINCÍPIOS DA ÉTICA BIOMÉDICA* DE BEAUCHAMP E CHILDRESS

Apesar de Beauchamp e Childress não serem nem os pioneiros, nem os únicos representantes de uma ética centrada na defesa e aplicação de princípios gerais da vida moral no campo da bioética, designada por principialismo, a sua obra *Principles of Biomedical Ethics* é apresentada como a proposta de fundamentação da bioética “mais influente” e que “maior difusão” tem tido³.

Abrangendo a ética diferentes formas de analisar e entender a vida moral, Beauchamp e Childress começam por distinguir entre *éticas normativas* e *éticas não-normativas*⁴, com o intuito, não apenas de conhecer, definir e explicar teoricamente em que consiste a ação ética, mas de saber qual o melhor caminho para encontrar uma ética aplicável às decisões clínicas. É neste sentido que, mediante a apresentação de um conjunto de princípios morais nucleares, nos propõem um modelo que permita reduzir a complexidade da vida moral, sobretudo quando confrontada com situações difíceis que envolvem a saúde.

Embora partam do pressuposto que esse caminho não se encontraria por dedução de teorias éticas, nem a partir da simples análise de situações clínicas particulares, Beauchamp e Childress procuram encontrar esse caminho tomando como linhas orientadoras algumas teorias éticas, ao mesmo tempo que partem da análise de situações clínicas particulares para avaliarem a aplicabilidade de determinados princípios.

Quanto às teorias éticas que estão na base das suas reflexões, observa-se que os autores optam, quer por uma perspectiva utilitarista de maximização da utilidade, quer por uma perspectiva deontológica de influência kantiana, fundada no respeito pela pessoa, sem se identificarem na totalidade com nenhuma dessas perspetivas.

Compreender a abordagem bioética que Beauchamp e Childress apresentam passa por identificar que tipo de princípios propõem. Ao assumirem como referência a teoria dos

³ J.J. Ferrer, J.C. Álvarez, *Para fundamentar la bioética*, p. 221.

⁴ São designadas *éticas normativas* aquelas que procuram determinar que normas devem orientar a avaliação que fazemos de certas condutas, que procuram identificar e justificar essas normas designando-as por princípios. São consideradas *éticas não-normativas* aquelas que se apoiam na investigação dos factos que estão na base de determinadas crenças morais e condutas - o que definem por *éticas descritivas* - ou na análise da linguagem, (conceitos como “direitos”, “obrigações” ou “virtudes”), e dos métodos de raciocínio, presentes nas éticas normativas – as chamadas *metaéticas*.

princípios desenvolvida por David Ross⁵, defendem, tal como este filósofo, que os princípios morais expressam obrigações *prima facie*, isto é, obrigações que não têm um caráter absoluto mas que admitem exceções em determinadas circunstâncias, em virtude de os próprios princípios poderem entrar em conflito.

A proposta de Beauchamp e Childress funda-se portanto num conjunto de princípios éticos *prima facie* que se pretende que funcionem como modelos adaptáveis a cada situação concreta. Apresentam deste modo a sua proposta como alternativa às teorias éticas precedentes, devido à difícil - e para alguns impossível - combinação entre a perspectiva utilitarista (privilegiada por Tom Beauchamp) e a deontológica (privilegiada por James Childress).

Em seu entender, os princípios que apresentam possuem uma natureza objetiva e têm a pretensão de virem a ser aceites como universais, isto na medida em que são partilhados pela *moralidade comum* e por esta adotados como imperativos. Consequentemente, estamos perante princípios que são propostos pelas teorias éticas tradicionais e que estão presentes em diversos códigos deontológicos ao longo da história. Contudo, embora numa primeira impressão estes princípios sejam moralmente obrigatórios, terão de ser adaptados às diversas situações. Daí a necessidade de se proceder ao que designam por “especificação” - criação de normas mais detalhadas, sensíveis ao contexto - e ao que designam por “ponderação” - ato de testar os princípios, as regras, as teorias e os julgamentos morais particulares de modo a determinar qual dos princípios morais deve prevalecer numa situação particular.

1.1 O Relatório Belmont

Os problemas morais que os progressos científicos têm suscitado, nomeadamente no âmbito das ciências da vida e da saúde, conduziram inevitavelmente a novas questões éticas.

As denúncias de determinadas experiências clínicas realizadas em seres humanos, como foi o caso da investigação sobre a sífilis realizada numa comunidade negra norte-americana, ou o caso da vacina da hepatite em crianças com síndrome de Down⁶, alertou para os perigos de uma prática científica na área da biologia totalmente desligada de uma reflexão ética. Consequentemente, foi-se formando uma nova consciência dos direitos humanos que apontou para a necessidade de uma renovação ética que implicaria uma aliança entre as ciências da vida (biologia) e as ciências humanas (ética). Foi neste contexto que o governo norte-americano

⁵ De acordo com a nota 22 da obra PBE, o conceito de princípios *prima facie* foi desenvolvido por David Ross na sua obra *The Right and the Good*, (Oxford: Clarendon, 1930) pp.19-36, na qual Ross defende a existência de um conjunto de princípios morais básicos e irreduzíveis que expressariam obrigações *prima facie*.

⁶ Cf. António F.M. Araújo, *Fundamentos de Antropologia Bioética*. São Paulo, 2004, pp. 95,96.

constituiu uma Comissão Nacional, incumbindo-a de identificar os princípios éticos básicos que deveriam orientar as experiências biomédicas em seres humanos⁷.

Tendo como ponto de partida a análise e a reflexão desenvolvidas no *Código de Nuremberga* e na *Declaração de Helsínquia* e suscitadas pelas atrocidades cometidas por cientistas durante a Segunda Grande Guerra Mundial, procurou-se, no referido relatório, apresentar princípios éticos que se adequassem a situações complexas no campo da investigação biomédica⁸.

Compreender a proposta de Beauchamp e Childress no seu contexto histórico-filosófico passa assim por compreender os princípios identificados no *Relatório Belmont* e o modo como estes autores ampliaram o campo de ação destes a toda a atividade biomédica, não os circunscrevendo apenas ao domínio das questões éticas relacionadas com a investigação científica.

Na descrição da origem e evolução do *Relatório Belmont*, Beauchamp afirma que, ao contrário do que muitos supuseram, o referido relatório não precedeu a obra em análise - *Principles of Biomedical Ethics* - mas foi escrito em simultâneo. Na sua obra *Standing on Principles*, Beauchamp deixa claro que, apesar de terem tido origens independentes, os dois projetos cresceram e desenvolverem-se em conjunto, influenciando-se reciprocamente. Isto porque, quando a Comissão Nacional lhe propõe que redija um artigo sobre a aplicação do princípio da justiça aos problemas morais associados às experiências em seres humanos, já Beauchamp estava a escrever com Childress o livro sobre o papel dos princípios básicos na ética biomédica⁹.

Tendo escrito muito mais para a Comissão Nacional sobre o respeito pelas pessoas, a beneficência e a justiça do que o que se encontra no *Relatório Belmont*, Beauchamp decidiu

⁷ As conclusões da referida Comissão foram reunidas no *Relatório Belmont*, publicado em 1979. Cf. Beauchamp, Tom L. *Standing on Principles*, Collected Essays. Oxford University Press, 2010, p. 18.

⁸ Cf. Tribunal Internacional de Nuremberg - 1947 Trials of war criminal before the Nuremberg Military Tribunals. Control Council Law 1949; 10(2):181-182.

Cf. World Medical Association Declaration of Helsinki, Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>).

[Enquanto o Código de Nuremberga é composto por dez princípios que visam regulamentar a investigações com seres humanos obrigando o investigador a obter o consentimento informado de quem está sujeito a participar em investigações no campo da saúde, a Declaração de Helsínquia definiu os princípios éticos que deveriam regular o comportamento dos profissionais que participam em investigações médicas em seres humanos].

⁹ Cf. SOP, pp. 6, 7 - "There was reciprocity in the drafting, and influence ran bilaterally.[...] Despite their entirely independent origins, these projects grew up and matured together."

recolher o que fora rejeitado e introduzi-lo na obra *Principles of Biomedical Ethics*, fazendo desta a expressão das suas “convicções filosóficas mais profundas”¹⁰.

Partindo de um esquema que parece trivial nos dias de hoje e que se encontrava em esboço no *Relatório Belmont*, os autores articulam pela primeira vez nesta obra as suas ideias acerca dos princípios éticos básicos e sua forma de aplicação a áreas específicas, delineando diretrizes para a conduta humana. Assim, não se poderá, por exemplo, desligar o princípio do respeito pela autonomia da diretriz relativa ao consentimento informado, nem o princípio da beneficência das diretrizes relacionadas com uma avaliação da relação riscos-benefícios.

Apesar do *Relatório Belmont* ter dado um importante passo em direção a uma ética aplicada, Beauchamp realça-o como um “modesto passo” (‘modest step’) cujo objetivo nunca foi o de procurar fazer deste um documento específico e prático, pois toda a equipa que esteve na sua elaboração reconheceu que o enquadramento moral proposto neste documento era demasiado indeterminado para, por si só, permitir a tomada de decisões concretas, ou para resolver conflitos morais¹¹.

Os autores seguem então o caminho iniciado com o *Relatório Belmont* na defesa da ideia que os conflitos morais podem ser mediados por referência a algumas ferramentas morais designadas por “princípios”. Para esse efeito reformulam, ao longo das seis edições da obra *Principles of Biomedical Ethics*, alguns conceitos presentes no referido relatório. Tal é o caso, por exemplo, do princípio do respeito pela autonomia, que no Relatório Belmont era apresentado como “princípio do respeito às pessoas”, e que na primeira edição da obra era apenas apresentado como “princípio da autonomia”, assim como o caso do princípio da beneficência, que deixa de ser apresentado isoladamente para ser apresentado em articulação com o princípio da não-maleficência¹².

1.2 A proposta principialista

A proposta principialista de Beauchamp e Childress baseia-se na apresentação dos princípios que devem orientar as decisões morais, princípios esses fundamentais para a reflexão

¹⁰ Cf. SOP, p. 7 – “*Principles of Biomedical Ethics* became the sole work expressing my deepest philosophical convictions about principles.”

¹¹ Cf. SOP, p. 10.

¹² Cf. Tom L. Beauchamp, “The origins, goals, and core commitments of the Belmont Report and principles of biomedical”, in: Jennifer Kay Walter; Eran Patrick Klein, *The story of bioethics: from seminal works to contemporary explorations*, Washington, D.C.: Georgetown University Press, 2003, pp. 17-23.

bioética. Na história recente da bioética atribui-se-lhes o mérito de terem “captado e enunciado os pilares constitutivos” ou “pontos cardiais” da vida moral neste campo¹³.

Os quatro princípios que apresentam, já identificados e desenvolvidos na sua raiz por outros filósofos, são reunidos por estes autores naquilo que esperam vir a ser uma proposta ética coerente, cujas fragilidades não lhe retiram valor, sobretudo no que diz respeito à tentativa de criar consensos morais entre posições extremas. Esses quatro princípios morais, embora recolham características já patentes na ética tradicional, também incluem aspetos da moralidade que, segundo os autores, foram anteriormente negligenciados, como por exemplo, o respeito pela autonomia do paciente, isto é, o seu direito moral a decidir autonomamente, com base no consentimento livre e informado, em sentido contrário ao da prescrição médica.

No entanto, Beauchamp e Childress não se limitaram a sistematizar um conjunto de princípios que pudessem servir de diretrizes (‘guidelines’) nas decisões biomédicas, nem se ocuparam apenas em explicar, na obra *Principles of Biomedical Ethics*, o papel de cada um desses princípios morais. Mais do que explicar o papel de cada um dos princípios morais, os autores procuram sobretudo explicar como operacionalizar a aplicação desses princípios de modo a que possam ser entendidos coletivamente como uma “ferramenta” adequada para as tomadas de decisão no campo da bioética¹⁴.

Estes quatro princípios fazem parte da *moralidade comum* (‘common morality’) - conceito que não estava presente na primeira edição da obra e que surge aqui, como nas duas edições anteriores, com o significado de uma moralidade aplicável a todas as pessoas independentemente do espaço que habitem - sendo partilhados universalmente por todas as culturas que os reconhecem como necessários para a realização dos objetivos da moralidade e, consequentemente, para a própria sobrevivência da sociedade.

Cada um destes princípios morais engloba determinadas regras que admitem exceções quando ocorrem conflitos entre princípios. Admitir a existência de conflitos éticos com os quais nos teremos de confrontar parece ser consensual, pois trata-se de uma realidade incontornável na vida humana. Mas, se admitimos a possibilidade de haver no campo da ética um espaço aberto às exceções, surge inevitavelmente a dúvida quanto a saber qual a melhor opção a tomar em cada caso. O problema é extremamente difícil, senão impossível, de resolver num só sentido a menos que se desenvolva um conjunto de diretrizes para as eventuais situações de exceção.

¹³ J.J. Ferrer, J.C. Álvarez, *Para fundamentar la bioética*, p. 154.

¹⁴ Cf. SOP, pp. 36-42. Tom Beauchamp afirma que no trabalho realizado os princípios foram sempre agrupados em quatro categorias gerais (“respeito pela autonomia”, “não-maleficência”, “beneficência” e “justiça”) e que todos estes tipos de princípios são necessários à ética biomédica.

É neste sentido que não basta aos autores caracterizarem os princípios morais propostos como obrigações *prima facie*, pois se estes apenas nos providenciam as premissas para que possamos justificar as nossas escolhas, deixam em aberto algumas questões que comprometem a sua tarefa de nos proporcionar diretrizes éticas reguladoras das nossas ações. Com base na percepção dessa dificuldade, Beauchamp e Childress acabam por reconhecer a necessidade de especificação desses princípios, como forma de reduzir a indeterminação que a sua aplicação envolve e de providenciarem verdadeiras diretrizes para a ação. Mas voltemos à questão inicial: conseguiremos, com base nestes procedimentos, resolver os principais problemas éticos com que nos defrontamos?

Os autores admitem “a possibilidade de haver mais do que uma forma de especificar determinado princípio ou regra”, considerando que faz parte da vida moral que pessoas diferentes e grupos diferentes, por vezes em conflito, ofereçam diferentes justificações para as decisões tomadas, criando desse modo múltiplas moralidades particulares (‘multiple particular moralities’) divergentes¹⁵. Ora, quais serão as consequências da admissão de moralidades particulares divergentes? Implicará tal diversidade a queda no relativismo moral?

Tal diversidade não implica, segundo os autores, um relativismo moral pois consideram que dar prioridade a uma só regra ou virtude, assim como aplicar apenas um princípio sem ter em conta o contexto, não é mais eficaz do que procurar usar criticamente diversos princípios, especificando-os de modo a melhor se adaptarem ao contexto¹⁶.

O facto de não haver uma teoria explícita, subjacente à proposta principialista de Beauchamp e Childress, fez com que a sua proposta fosse apelidada de “pluralista”. O próprio termo “principialismo” foi usado por alguns autores para referir todas as teorias compostas por princípios conflitantes, ou seja, teorias que admitem a existência de uma pluralidade de soluções para potenciais conflitos entre princípios sem uma teoria unificadora.

Para além de ter sido considerado uma teoria pluralista, o principialismo apresenta-se também para alguns como uma forma de “deontologismo moderado”, ou uma mistura de deontologismo e utilitarismo ou ainda, como um “utilitarismo mitigado”¹⁷.

A proposta principialista que representam tem sido fortemente criticada precisamente por não ter uma teoria filosófica na sua base, uma teoria ética que sustentasse a sua proposta. A ausência de um sistema hierárquico, que nos permita resolver os conflitos entre os princípios morais, foi igualmente apresentada como uma fraqueza da proposta principialista, que se vê

¹⁵Cf. SOP, p. 46.

¹⁶ Cf. Band-Balhard, “Consistency, common morality, reflective equilibrium”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 13, 2003, p. 61.

¹⁷ Cf. SOP, p. 152.

muitas vezes associada à resolução arbitrária dos conflitos. No entanto, se para alguns tal facto supõe a ausência de uma justificação para os princípios morais propostos, para outros a ausência de uma ética fundante não impede a especificação dos princípios em normas que impeçam a arbitrariedade na seleção dos mesmos.

1.3 A complementaridade das teorias concorrentes

O facto de Beauchamp e Childress terem sempre tomado em consideração as principais críticas que lhes iam sendo dirigidas e procurado solucionar as que lhes pareceram mais pertinentes, levou a que se tornasse mais difícil encontrar modelos genuinamente alternativos. Os críticos ao principialismo são assim reconhecidos, na sua maioria, por terem apresentado modelos que se afirmam mais como “complementares” do que como verdadeiras propostas alternativas ao principialismo¹⁸.

Os próprios autores reconhecem no prefácio da sexta edição da obra o contributo daqueles que os criticaram, pois a revisão atenta dessas críticas conduziu-os ao reajustamento de alguns conteúdos e consequentemente ao melhoramento do seu trabalho. Esforço esse também reconhecido por alguns dos seus principais críticos.

Entre essas críticas, a que mais se tem destacado - cujos contributos Beauchamp e Childress agradecem no prefácio da referida edição - foi a desenvolvida por K. Danner Clouser e Bernard Gert no artigo “A Critique of Principlism”, publicado em 1990¹⁹.

Clouser e Gert criticam o modelo principialista por considerarem que dificilmente os médicos e outros profissionais conseguiriam resolver dilemas éticos com base num elenco (o qual designam por: ‘checklist’) de quatro princípios gerais e abstratos, em competição, construídos sem obedecerem a uma ordem sistemática. Tais princípios *prima facie* estão, na opinião de ambos, longe de serem suficientes para fundamentar uma teoria moral que seja capaz de apresentar orientações seguras para uma conduta moral que se debate com dilemas, isto é, que seja capaz de apresentar soluções práticas para os diversos dilemas morais com que nos deparamos no campo da biomedicina.

Acusada de pluralista, a proposta de Beauchamp e Childress carece, segundo estes autores, de uma teoria unificadora que impeça os seus seguidores de caírem num “relativismo infértil” e que seja capaz de nos fornecer uma descrição clara e compreensiva da moralidade

¹⁸ J.J. Ferrer, J.C. Álvarez, *Para fundamentar la bioética*, p. 123.

¹⁹ Cf. D. Clouser, B. Gert, “A Critique of Principlism”, in *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*, 1997, pp. 153-157.

comum²⁰. Beauchamp e Childress reagem a esta crítica afirmando que, mesmo que admitissem a existência de uma única perspectiva moral, uma moral universal, seria pouco provável haver uma única descrição dessa moralidade pois cada uma das partes que a constituem tenderia a analisá-la e a apresentá-la de acordo com as suas próprias convicções.

Dado que os quatro princípios propostos são criticados por serem demasiado vagos e abstratos, entrando frequentemente em conflito uns com os outros, os autores introduzem os já referidos conceitos de *especificação* ('specification') e de *ponderação* ('balancing') como mecanismos para resolver eventuais conflitos entre princípios, considerando que as regras morais específicas, apesar de desempenharem um papel essencial na ética dos cuidados de saúde, não têm a capacidade de antecipar os inúmeros conflitos, quer entre regras morais, quer entre princípios²¹.

Segundo Clouser e Gert, não seria suficiente aplicar um ou outro princípio sem uma teoria moral a justificá-lo. Daí que os quatro princípios sejam, segundo estes autores, utilizados como substitutos de diferentes classes de teorias éticas: os princípios da beneficência e da não-maleficência, frequentemente invocados pelos profissionais da saúde, mais associados à ética médica hipocrática e sobretudo ao ideal utilitarista de John Stuart Mill (princípios cuja aplicabilidade tem levantado algumas dúvidas, sobretudo com o desenvolvimento das novas tecnologias de informação e de suporte e manutenção da vida biológica); o princípio da autonomia, associado a Immanuel Kant e o princípio da justiça, mais associado a John Rawls, que não vê a justiça como virtude (Aristóteles) nem como um direito (Kant), mas como equidade²².

A acusação segundo a qual o principialismo conduz ao relativismo moral deve-se ao facto de, na sua formulação, o principialismo não pretender assumir uma teoria moral única. De facto, os quatro princípios que propõem são compatíveis com diversas teorias morais existentes, como os próprios autores fazem questão de demonstrar ao longo da obra.

Em alternativa ao modelo principialista, Clouser propôs uma teoria baseada na "moralidade comum", uma moralidade concebida como racional e imparcial, capaz de se impor a todos, uma moralidade que serviria de ponto de partida para a identificação de limites morais.

²⁰ Cf. Jozef Keulartz, "Gert's common morality: old-fashioned or untimely?", in *Ethics for life scientists*, Wageningen, 2004, p. 142.

²¹ Beauchamp e Childress consideram que só algumas, ou melhor, raras, regras específicas são virtualmente absolutas não precisando de mais especialização – é o caso, por exemplo, da proibição da crueldade que envolva desnecessariamente a imposição da dor e do sofrimento - mas, só o serão se tiverem incorporado com sucesso na sua formulação todas as exceções legítimas. Concluem reconhecendo que "se estas regras existem, são raras" (PEB, p.19).

²² Clouser, K. Danner, and Bernard Gert "A Critique of Principlism". in *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*, Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, 1997, pp. 153-157.

Embora, face à pluralidade de valores morais, Clouser admita na sua crítica ao principialismo a possibilidade de se estabelecerem consensos parciais, ou consensos por sobreposição entre diferentes comunidades morais, em seu entender não parece ser possível estabelecer uma teoria moral universal, capaz de garantir o consenso num contexto de pluralidade, uma teoria fundada na tolerância sem nenhuma forma de autoritarismo.

Entre outras críticas, que não cabe ao presente trabalho desenvolver mas apenas destacar, encontramos, por exemplo, a abordagem “casuística”, cujo método consiste em partir de casos paradigmáticos, comparando-os com os casos por decidir, sem que estejam na base dessa análise caso a caso quaisquer princípios aceites *a priori*. Abordagem esta que, segundo Tom Beauchamp, não será incompatível com a proposta principialista, ou seja, esta não terá necessariamente de se desviar dos métodos e padrões propostos pelos defensores da abordagem casuística. Assim sendo, verificamos que, para os fundadores do principialismo, a abordagem casuística é considerada mais como uma aliada do que como uma alternativa²³.

Como alternativa complementar ao principialismo surgiram outros modelos, como por exemplo, o modelo proposto pela teoria da virtude (‘virtue-based normative ethics’) - proposta por Edmund Pellegrino e David C. Thomasma - que, embora também não caiba ao presente trabalho aprofundar, não poderia deixar de ser mencionado como um dos modelos que os autores consideram que completa a proposta principialista, uma vez que uma filosofia moral pressupõe virtudes integradas com princípios. Assim, tal como os outros modelos, a teoria da virtude - que parte da ética aristotélica da virtude e exige que a utilização de princípios tenha por base um julgamento dependente essencialmente das características pessoais do agente, tais como o seu sentido pessoal de responsabilidade e de integridade - não tem oferecido, segundo Beauchamp e Childress, propostas mais sustentáveis para a discussão ética no campo da biomedicina do que aquela que eles próprios apresentam. James Childress chega mesmo a afirmar que, embora a proposta que apresentam não seja perfeita, é sem dúvida “superior” às propostas que lhe são concorrentes²⁴.

Contudo, a teoria da virtude, apesar de apresentar a beneficência como referência central da ética médica - pois reforça a obrigação moral do médico em situações complexas - redefine o conceito de beneficência como dirigido quase exclusivamente para a cura. Ora, uma tal visão deste conceito tem sido considerada redutora na medida em que – por não abranger todas as

²³ A abordagem casuística no campo da medicina - desenvolvida por Albert Jonsen e Stephen Toulmin, em 1988, no livro *The Abuse of Casuistry*, é a mesma de Beauchamp e Childress - Cf. Requena Meana, Pablo, *El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica*, (Tesis de doctorado), Roma 2005, p. 207.

²⁴ Cf. James F. Childress, “Principles of Biomedical Ethics: Reflection on a work in progress” in: Jennifer Kay Walter; Eran Patrick Klein, *The story of bioethics: from seminal works to contemporary explorations*, Washington, D.C.: Georgetown University Press, 2003, p. 62.

situações, como é o caso da reprodução medicamente assistida ou de uma cirurgia cosmética - limita o âmbito da sua aplicação. Para além disso, esta redefinição do conceito de beneficência não ajuda, segundo os autores, a esclarecer os profissionais de saúde acerca da virtude a privilegiarem quando se encontram perante situações adversas.

Por fim, a proposta feminista (desenvolvida por Carol Gilligan) também tem procurado delinear um caminho diferente do proposto por Beauchamp e Childress para a análise e resolução de problemas no âmbito da bioética. No entanto, também ela acaba por desenvolver considerações que não implicam necessariamente o enfraquecimento da proposta principialista. Segundo Beauchamp e Childress estamos perante uma perspectiva que falha ao apresentar uma visão parcial dos fenómenos morais.

Assim, podemos questionar-nos acerca da possibilidade de encontrar um sistema ético que não apresente, pelo menos implicitamente, princípios cuja análise filosófica em contexto biomédico pressuponha a existência de diferentes e legítimos pontos de vista²⁵. Haverá a possibilidade de encontrarmos um sistema ético que, no campo da biomedicina, não pressuponha a necessidade de contextualizar e submeter a uma séria ponderação os princípios propostos? No entender de Beauchamp e Childress é neste sentido que muitas das teorias que se têm apresentado como alternativa ao principialismo parecem falhar.

O facto de alguns críticos adotarem uma atitude de relativa intransigência quanto à possibilidade de haver pontos de convergência entre diferentes perspetivas éticas, tem conduzido a procedimentos redutores que não contribuem – numa perspetiva principialista - para a resolução dos conflitos éticos em campos tão delicados como o da biomedicina.

O principialismo apresenta-se assim como uma proposta com inúmeras potencialidades, justamente por nos propor um método baseado em princípios *prima facie*, cuja ponderação permite que o profissional de saúde encontre uma diretriz para as suas tomadas de decisão. Este será talvez o principal motivo pelo qual a proposta principialista tem sido considerada como a “força motriz da atual bioética” e a obra que melhor a fundamentou, *Principles of Biomedical Ethics*, tenha sido amplamente lida e ensinada, fazendo parte de muitos currículos dos estudos, quer em medicina, quer em ética aplicada.

²⁵ D.L. Clarke defende, por exemplo, que o principialismo moral por si só é insuficiente, e que as teorias morais tradicionais continuam a ser importantes para a prática ética, “Ethics review boards in South Africa and the need for patient advocacy”, *South African Journal of Bioethics and Law*, 2009, vol. 2, p. 54.

2 IDENTIFICAÇÃO, ESPECIFICAÇÃO E PONDERAÇÃO DE PRINCÍPIOS

Segundo Beauchamp e Childress os princípios éticos que nos têm sido apresentados têm-se revelado, por si sós, insuficientes enquanto diretrizes para as tomadas de decisões práticas mais complexas, sobretudo na área da saúde e na investigação biomédica. Por serem demasiado gerais e abstratos, tais princípios revelaram-se inúteis na orientação das escolhas que a vida moral exige, tornando imperativo traduzir esses princípios gerais abstratos em algo mais específico, cujo conteúdo fosse capaz de nos servir de diretrizes para ações concretas.

Na obra *Principles of Biomedical Ethics*, Beauchamp e Childress apresentam-nos as “normas gerais de obrigação” como aquelas que estabelecem direitos e obrigações, nas quais incluem os “princípios abstratos” e as “regras orientadoras”.

Os “princípios” são apresentados como deveres *prima facie*, isto é, como princípios que, embora devam ser respeitados, nem sempre é possível fazê-lo, na medida em que muitas vezes o respeito por um princípio obriga a desrespeitar o outro, com o qual aquele está em conflito. A título de exemplo, poderia referir-se o caso das transfusões sanguíneas numa Testemunha de Jeová. Neste caso, o princípio do respeito pela autonomia entra em conflito com o princípio da beneficência, cujo primeiro apelo é sempre o da necessidade de salvar uma vida.

As “regras” orientadoras, por sua vez, apresentam-se subdivididas em diferentes tipos de regras que especificam os princípios²⁶.

Importa aqui esclarecer o que se entende então por “normas morais”, “princípios” e “regras”. Tanto os “princípios” como as “regras” referem-se ao *dever ser* e como tal podem ser entendidos como duas espécies de normas, uma mais genérica que comporta uma série indefinida de aplicações, outra mais circunscrita à situação concreta. Enquanto os “princípios” estabelecem os fins a serem atingidos, as “regras” são os instrumentos específicos para atingir esses fins. Assim, enquanto os “princípios” são mais abrangentes, pois especificam critérios de estatuto moral (‘moral status’), as “regras” especificam princípios e centram-se normalmente em casos concretos²⁷.

²⁶ Cf. PBE, p. 13.

²⁷ Cf PBE, p. 86.

A proposta principialista procura assim passar do geral para o específico na tentativa de restringir a larga margem de indeterminação dos princípios morais, ou seja, procura “especificá-los”, o que quer dizer, submetê-los a um processo contínuo de deliberação para resolver situações concretas de conflito.

O termo “especificação” é neste contexto aplicado a esse mesmo processo de redução da indeterminação dos princípios gerais abstratos, de forma a fazer deles diretrizes para ações concretas. Mas tal processo não é meramente dedutivo e simples, pois implica ter em consideração a pluralidade de fatores - da cultura às normas jurídicas vigentes - que fazem da especificação um processo dinâmico e complexo, que não se limita a analisar o significado da norma mas lhe acrescenta conteúdo sempre que novos problemas surgem²⁸.

Se não houver especificação de princípios, isto é, se não discriminarmos, por exemplo, as exigências contidas no princípio da não-maleficência, como conseguiremos orientar as nossas decisões morais no caso do suicídio medicamente assistido? Se não especificarmos o princípio da beneficência - identificando, por exemplo, a obrigação que os médicos têm de colocarem em primeiro lugar os interesses e necessidades dos pacientes - como confrontar uma situação na qual a informação dada por aqueles possa prejudicar estes? Como lidar com o conflito de interesses sem pôr em causa uma ou outra regra moral relevante para a medicina e os cuidados de saúde, como é a regra da veracidade e a da privacidade, por exemplo?²⁹

A especificação, usando a definição dada por alguns autores, é considerada como “a aplicação inteligente (prudente) dos grandes princípios às situações concretas, garantindo a coerência com o universo de normas e princípios morais professados”³⁰.

No entanto, apesar deste trabalho de especificação dos princípios morais, continuarão sempre a existir conflitos entre princípios quando se trata de tomar decisões que envolvem situações complexas. O que revela que a “especificação” não é suficiente para evitar conflitos e que, para além da “especificação”, será necessário um trabalho de ponderação, de deliberação (mediante aquilo que os autores designam por ‘balancing’).

O trabalho de ponderação consiste em identificar qual o princípio que deve prevalecer numa dada situação de conflito aberto, situação que, devido à sua complexidade, torna particularmente difícil a realização de tal tarefa. Determinar qual o princípio que deve prevalecer em situações complexas exige então que se recorra à “ponderação”. Mas, se a especificação dos princípios não é, por si só, suficiente para evitar conflitos, pois, por mais minuciosa que seja essa

²⁸ Cf PBE, p. 19.

²⁹ Cf. PBE, pp. 288-315.

³⁰ J.J. Ferrer, J.C. Alvarez, *Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, Madrid, 2003 p. 146.

especificação ou tentativa de clarificação do princípio, encontramos sempre situações de conflito. Será que recorrer a outro procedimento, que não exclua o primeiro, mas que o complemente, resolve o problema?

Beauchamp e Childress propõem portanto um procedimento que permita comparar os princípios morais em cada situação concreta de conflito e determinar qual o princípio que deve ocupar um lugar preponderante nessa mesma situação.

Este procedimento de ponderação supõe que se perceba que o peso de cada princípio é relativo à situação de conflito que está concretamente em foco; que se perceba que se está perante uma obrigação moral *prima facie*, isto é, uma obrigação que deveremos cumprir, embora o possamos não fazer no caso de esta entrar em conflito com outra obrigação que tenha, nessa mesma situação concreta, o mesmo ou maior peso.

Isto significa que os princípios abstratos apenas nos fornecem diretrizes gerais para a formação de políticas específicas ou para ações concretas e que serão necessários argumentos morais adicionais, quer para especificar - perceber o significado e alcance do princípio - quer para ponderar - pesar, calcular ('balance') a importância de determinado princípio - de modo a que possamos deliberar e optar pelo que é mais adequado em cada circunstância.

A questão está agora em saber quais são os critérios que nos permitem optar por um determinado princípio numa dada situação concreta. Neste ponto Beauchamp e Childress optam por uma perspectiva consequencialista, na medida em que defendem que se deve optar pela alternativa que irá maximizar o bem ou produzir as melhores consequências. Contudo, para que estas escolhas não desaboquem no subjetivismo, formulam uma lista de condições que limitam e regulam esse processo de ponderação moral, embora não sejam capazes de responder claramente, com toda a precisão, a todos os dilemas morais com que nos deparamos.

Assim, há que distinguir, entre cumprir os mínimos morais possíveis - como por exemplo fazer o que é obrigatório e evitar o que é proibido (o que desejamos que seja cumprido por todos) - e seguir um ideal moral com o intuito de realizar algo de extraordinário. Certamente não será difícil encontrar na história - e porventura na nossa experiência de vida - exemplos de pessoas cujas ações ultrapassaram aquilo que para muitos corresponderia aos mínimos morais obrigatórios, sem que os seus autores as considerem algo extraordinário, mas apenas como fazendo parte da sua obrigação, ou seja, apesar de haver quem, de acordo com a designação aristotélica, pareça possuir uma certa "grandeza de alma", o facto de haver quem não proceda nesse sentido, não quer dizer que a sua ação seja desprovida de mérito³¹.

³¹ Cf. PBE, pp. 47,48 (dão o exemplo das decisões do Dr Rieux da obra de Camus, *A Peste*).

O facto de ser frequente encontrarem-se referências no domínio da reflexão ética a estes dois níveis de ações morais, um dirigido ao cumprimento das obrigações morais básicas, outro mais focado na aspiração à excelência moral, levou Beauchamp e Childress a refletirem acerca do carácter moral.

É precisamente no segundo capítulo dos *Principles of Biomedical Ethics* que os autores se dedicam ao estudo do carácter moral, afirmando que, apesar de ser empobrecedor limitarmos aos mínimos morais possíveis, quem o faz não deixa de agir moralmente bem, apenas se limitou a optar por não assumir riscos extraordinários para beneficiar os outros, isto é, não procurou atingir apaixonadamente determinado ideal moral a ponto de ver sacrificado o seu próprio bem-estar – opção que caracterizaria aqueles que identificamos muitas vezes como “heróis” ou “santos”, e cujas características, como a valentia ou a dedicação extrema a uma causa, não estão ao alcance de todos³².

Contudo, o sujeito moral, em vez de se contentar com os mínimos morais, deve aspirar a níveis superiores de excelência e não ignorar os ideais de quem opta por agir para além do prescrito pela moralidade comum com a intenção de beneficiar os outros.

2.1 Autonomia

Embora a palavra “autonomia” seja frequentemente aplicada em diversas áreas - da educação à política, da ética à bioética - assume diferentes significados em cada uma destas áreas, cabendo-nos analisá-la no âmbito da bioética enquanto ramo da ética aplicada³³.

No quarto capítulo da sua obra, Beauchamp e Childress procuram contribuir para uma melhor compreensão do conceito de “autonomia” (de “autos”/eu e “nomos”/regra, lei) no contexto das tomadas de decisão biomédicas, distinguindo entre o valor moral da autonomia enquanto pré-requisito para o exercício da moralidade e o princípio *prima facie* do respeito pela autonomia.

Segundo afirmam os autores, ser autónomo não é o mesmo que ser respeitado como sujeito autónomo. Enquanto as “pessoas autónomas” são reconhecidas pela capacidade que têm de se autodeterminarem (‘self-governance’), de compreenderem, deliberarem, efetuarem escolhas independentes, o respeito pela autonomia provém do reconhecimento do valor da

³² Cf. PBE, pp. 47,48. Sempre que um ato vai para além do que é devido, assumindo-se como bom em si mesmo, ou seja, como um ato em que o agente que o produz ultrapassa o seu dever moral sacrificando o seu próprio bem-estar de forma a beneficiar os outros sem que tenha necessidade de o fazer, é considerado “supererrogatório”. Este, embora bom em si mesmo, é opcional, ou seja, não é nem moralmente exigido, nem moralmente proibido.

³³ Cf. SOP, pp. 212-213. Beauchamp refere nesta obra que prefere usar o termo “ética aplicada” (‘applied ethics’) para se referir ao uso filosófico de teorias e métodos de análise que tratam problemas morais relacionados, por exemplo, com práticas profissionais, ou seja considera que ética aplicada e filosofia aplicada não são diferentes.

pessoa enquanto sujeito que tem o direito de escolha e não o dever ou obrigatoriedade de escolher³⁴.

Contudo, deixam claro que o facto de começarem pela análise deste princípio não quer dizer que o mesmo seja prioritário em relação aos outros princípios morais que irão abordar.

A diferença entre autonomia e respeito pela autonomia tem por base a necessidade de atender àqueles cuja debilidade provocada por certas doenças ou pela vulnerabilidade (própria das crianças, idosos ou deficientes) inviabiliza o exercício pleno da sua autonomia.

Ao contrário da pessoa autónoma, cuja capacidade de autodeterminação e de autocontrolo, quer perante os desejos mais primários ou básicos ('basic desires'), quer perante os desejos mais elevados ('higher level desires'), lhe permite agir livremente em conformidade com o plano de ação que elegeu - em princípio, sem o controle de influências externas - uma pessoa com a sua autonomia reduzida é aquela que, em alguns aspetos, é controlada pelos outros, por não ser capaz de deliberar ou agir de acordo com o seu plano³⁵.

A autonomia pessoal não é aqui avaliada por referência a um ideal de agente que se caracterize pela capacidade de preterir os desejos considerados mais básicos para optar por outros considerados mais elevados, visto que essa opção não torna um ato mais autónomo.

Os autores referem que existem pessoas autónomas cujas ações nem sempre envolvem decisões autónomas. Importa por isso distinguir entre "pessoa autónoma" e "ação autónoma". Segundo os autores, existem múltiplos fatores que podem influenciar as escolhas que cada um faz na vida, e que podem ir da vivência de um estado de depressão à ignorância ou a outras limitações internas que podem levar a que, só ocasionalmente, essas pessoas, consideradas autónomas, possam tomar decisões autónomas.

Embora as "pessoas autónomas" tenham à partida a capacidade de se autodeterminarem e de serem geralmente boas gestoras da sua saúde, não quer dizer que não falhem por vezes, sobretudo quando, constrangidas pela doença, depressão ou ignorância, são confrontadas com escolhas particularmente difíceis. Igualmente, as pessoas que são dadas como incapazes de tomar decisões autónomas e declaradas legalmente incompetentes, podem por vezes realizar certas escolhas autónomas, como por exemplo realizarem uma chamada telefónica ou recusarem-se a tomar um medicamento³⁶.

³⁴ "the duty of respect for autonomy that we defend has a correlative *right* to choose, not a mandatory *duty* to choose" / "Ao dever de respeito pela autonomia que defendemos corresponde um direito correlativo à escolha, não um dever obrigatório de escolher". (PBE, p. 105).

³⁵ Cf. PBE, p. 99.

³⁶ Cf. PBE, p. 100.

Assim, uma pessoa pode ser autónoma sem que as suas ações o sejam, variando o seu grau de autonomia de acordo com os contextos. Determinar se um sujeito possui o grau de autonomia necessário para ser considerado um ser autónomo depende também do tipo de decisão que está em causa, ou seja, é natural exigir-se um maior grau de autonomia quando se trata, por exemplo, de consentir um tratamento experimental complexo do que quando está em causa apenas uma simples terapia com antibióticos, receitada para tratar uma determinada patologia passageira.

Escolher delegar nos outros uma decisão que não se quer tomar pode ser por si só uma escolha autónoma, pois um paciente pode preferir que seja a sua família a decidir. Autonomamente, o paciente pode igualmente escolher se quer ou não ser informado acerca do seu estado de saúde.

No entanto, e embora o paciente tenha esse direito e se deseje vê-lo respeitado, pois trata-se da sua decisão autónoma, existem casos em que se levanta, com alguma legitimidade, a questão de saber se alguns pacientes - como é o caso, entre outros, dos doentes de SIDA - não deverão ser informados, mesmo contra sua vontade, para evitar, por exemplo, que doem órgãos e desse modo contaminem outras pessoas³⁷.

Problemas como este conduzem à necessidade de ponderar acerca da aplicação deste princípio, estabelecendo algumas condições para que uma ação seja considerada autónoma. Entre essas condições - designadas pelos autores como “não ideais”³⁸ - encontramos a “intencionalidade”, o “conhecimento” e a “ausência de constrangimentos”. Duas destas condições poderão ser satisfeitas por graus. Apresentam como “condições que podem ser satisfeitas por graus” as que se referem ao “conhecimento” e ao “constrangimento”, em virtude de haver ações autónomas que resultam de um maior ou menor conhecimento ou de um maior ou menor constrangimento. Já a “intencionalidade” das ações autónomas não admite graus, visto que os atos ou são, ou não são, intencionais.

Assim sendo, para uma ação ser qualificada como autónoma não é necessário um total ou absoluto grau de compreensão e de liberdade, basta que o agente possua um elevado grau, (‘substantial degree’) de entendimento ou compreensão e de liberdade face a qualquer forma de constrangimento, uma vez que ninguém está livre de ser influenciado³⁹. O que levanta outros problemas, como o de saber qual a linha que separa o que é substancial numa tomada de decisão do que não é, e o de saber qual será o critério apropriado para se reconhecer que o agente atingiu

³⁷ Cf. PBE, pp. 108-110.

³⁸ Os autores usam o termo: ‘nonideal conditions’ (PBE, p. 101).

³⁹ Os autores consideram que a ausência de influência é um ideal mítico – ‘a mythical ideal’ (PBE, pp. 101, 102).

um nível substancial de autonomia. Por exemplo, em que situação se encontram aqueles cuja autonomia é débil, como os presos, as crianças, os idosos senis ou as pessoas com distúrbios mentais?

Beauchamp e Childress não partilham a ideia de que uma pessoa só é autónoma se agir de acordo com as suas próprias razões, sem se submeter a uma autoridade ou escolher ser guiada/orientada por outros, pois, embora alguns considerem que isso implica perder autonomia, para os nossos autores parece não haver nenhuma inconsistência entre autonomia e autoridade se cada um exercer a sua autonomia escolhendo a orientação de outrem, uma instituição, uma tradição, ou a própria comunidade a que pertence, por a considerar uma fonte legítima de orientação⁴⁰. Apresenta-se assim como moralmente inaceitável considerar que não são dignas de respeito as escolhas que se fazem tendo por base princípios que derivaram de uma autoridade cultural ou institucional. Se, em algumas ocasiões, autoridade e autonomia são incompatíveis, não o são porque os dois conceitos o sejam, mas porque a autoridade que está na sua base não foi aceite ou porque a autonomia do paciente foi comprometida por aquilo que o médico assumiu como sendo apropriado numa dada circunstância.

Os desejos dos pacientes devem ser respeitados mesmo no caso destes se encontrarem incapacitados de exercer o seu direito de decidir. Nesse caso, o direito de ver os valores e preferências dos pacientes incapacitados respeitados deve ser salvaguardado por alguém que o substitua, decidindo de acordo com a perspetiva do paciente, isto é, conforme a vontade que se supõe que o próprio paciente teria.

Ora, salvaguardar a possibilidade de alguém decidir com base naquilo que um paciente, em condições adversas, decidiria se o seu estado de saúde fosse outro, implica permitir que o paciente delegue o seu poder de decisão num médico ou numa outra pessoa que, em seu entender, seja capaz de respeitar a sua vontade autónoma, mesmo que essa passe por não querer ser informado sobre os riscos de saúde que corre. Neste caso o médico só deverá divulgar os riscos se o paciente assim o desejar, respeitando o facto de este poder decidir não ser informado, simplesmente para não ter de decidir com base nessa informação.

Embora isso possa parecer aquilo que muitos designam por “ficção”, visto que uma pessoa incapacitada não pode, em situações extremas, exercer realmente o direito de tomar decisões médicas quando são outras pessoas, tidas como competentes, que exercem de facto esse direito, os autores defendem que existem casos em que se deve optar pela substituição da pessoa considerada incompetente por alguém que decida por ela e que esteja em condições de julgar da mesma forma que ela julgaria. Defendem assim que quem toma as decisões pelo paciente,

⁴⁰ Cf. PBE, p. 102.

incapacitado para tal, deverá agir de acordo com a resposta à questão: “o que quereria o paciente nestas circunstâncias?”, o que implicaria uma relevante familiaridade com o paciente. Se o substituto apenas conseguir responder à questão “o que quero para o paciente?”, então será inapropriado aplicar o padrão de substituição (‘standard of substituted judgment’)⁴¹.

A obrigação de salvaguardar o melhor interesse dos pacientes maximizando os seus benefícios é muitas vezes dificultada, não só pelo facto de ser difícil conhecer quais as preferências relevantes destes, os quais ficam frequentemente entregues às decisões de outrem a seu respeito, como também pelo facto de nem sempre se ter em conta o que serve melhor os interesses do paciente, isto é, o seu critério de qualidade de vida.

E mesmo no caso de um paciente ter deixado um “testamento de vida”, isto é, um documento em que expressa as suas preferências, antecipando diretrizes que lhe permitam ser tratado sob a norma da autonomia pura, os autores consideram problemático este procedimento na medida em que o “testamento de vida” não prevê todas as possibilidades. Ou seja, um “testamento de vida” envolve sempre a possibilidade da pessoa poder ser confrontada com condições diferentes das que anteviu. Por exemplo, de acordo com um estudo feito a doentes de Alzheimer, estes não parecem manifestar a infelicidade que o doente, consciente da sua doença, poderia antever⁴².

Somos permanentemente confrontados com a necessidade de decidirmos num contexto de influências em competição, sejam elas o nosso desejo pessoal, familiar, ou as obrigações legais, sem que estas influências controlem completamente as nossas decisões. Daí que a ética biomédica procure separar as influências que controlam as nossas decisões pessoais (‘controlling influences’) das que não as controlam. No entanto, saber quais as condições para que uma dada influencia controle, sem justificação moral, a decisão da pessoa, não é fácil. Sobretudo em determinadas situações concretas⁴³.

O “princípio do respeito pela autonomia” surge muitas vezes associado a várias ideias como “privacidade”, “voluntarismo”, “liberdade” de escolha e “responsabilidade” pela escolha individual. Isto torna este princípio pouco preciso e contribui para que, aplicado especificamente à prática médica, seja aquele que mais entra em conflito com outros princípios, como por exemplo, com o princípio de beneficência.

O “princípio do respeito pela autonomia” pode apresentar-se como uma obrigação na forma “negativa” ou “positiva”. “Negativa”, quando achamos que devemos respeitar as

⁴¹ Cf. PBE, pp. 136-137.

⁴² De acordo com a referência que fazem a um artigo publicado no *Journal of the American Medical Association* de 1991 (265), A. D. Firlik afirma que nunca conhecera “pessoas tão felizes” (PBE, p. 140).

⁴³ PBE, p. 134.

perspectivas e os direitos de cada indivíduo, desde que os seus pensamentos e ações não prejudiquem, ou ponham em risco, os direitos dos outros, impedindo-os de agir autonomamente. “Positiva”, quando achamos que a ação autónoma exige a cooperação dos outros de modo a promover a tomada de decisões adequadas. Para que a tomada de decisão seja verdadeiramente autónoma, considera-se necessário que se comunique ou revele ao paciente a informação oportuna para a tomada de decisão mais adequada⁴⁴.

O respeito pela autonomia exige assim que se reconheça a pessoa como alguém capaz de decidir autonomamente, isto é, capaz de ter os seus próprios pontos de vista, fazer as suas próprias escolhas e agir em conformidade com os seus valores e crenças pessoais⁴⁵. Mais ainda, o respeito pela autonomia exige que cada um aja de forma a fazer tudo o que está ao seu alcance para potenciar a autonomia da pessoa.

Ora é precisamente para potenciar a autonomia da pessoa que os profissionais de saúde estão obrigados a revelar de forma compreensível a informação necessária aos seus pacientes, quer quanto ao diagnóstico, quer relativamente às terapias disponíveis, pois só assim se pode exigir ao paciente aquilo que foi designado por “consentimento informado”⁴⁶. Esta noção surge como uma forma de garantir os interesses e a proteção dos direitos dos pacientes à escolha autónoma em matéria de pesquisas que envolvam a sua saúde. Contudo, o “consentimento informado” apresenta algumas dificuldades pois, sempre que se apela a este, está-se a admitir a possibilidade de uma “recusa informada”⁴⁷.

Neste capítulo Beauchamp e Childress analisam os padrões do consentimento informado na regulação das pesquisas no campo da biomedicina, na jurisprudência que rege a prática médica, e na relação médico-paciente.

Segundo os autores, alguns tentaram circunscrever a ideia de “consentimento informado” à ideia de decisões partilhadas entre médico e paciente, como se o “consentimento informado” e as “decisões mútuas” fossem sinónimos ou aquele se reduzisse às decisões partilhadas. Embora estas decisões sejam um ideal digno em medicina, não definem nem substituem o “consentimento informado”⁴⁸.

⁴⁴ PBE, pp. 128-129.

⁴⁵ “O respeito pelo agente autónomo implica reconhecer o seu direito de ter pontos de vista, fazer escolhas, e agir com base nos seus valores e crenças pessoais” (PBE, p. 103).

⁴⁶ Os autores referem que desde o Código de Nuremberga - o qual expôs as experimentações médicas realizadas nos campos de concentração nazis - que o consentimento informado ocupa um lugar central na ética biomédica e que já Hugo Tristram Engelhardt Jr., na sua obra *The Foundations of Bioethics*, tinha proposto o “princípio de autonomia” como “princípio do consentimento” (‘principle of permission’).

⁴⁷ PBE, p. 121.

⁴⁸ Cf. PBE, p. 119.

O que poderemos entender então por “consentimento informado”? Este assume dois significados distintos:

Por um lado, refere-se à autorização autónoma/voluntária individual para prosseguir uma intervenção médica ou uma participação em pesquisas médicas. Autorização que é dada quando a pessoa expressa o seu acordo à proposta que lhe apresentam. Neste caso, se por exemplo tivermos dado o consentimento para operar um ouvido e o médico durante a operação achar que deve operar os dois, não o deverá fazer.

Por outro lado, refere-se à autorização legalmente institucionalizada. Neste caso não estamos perante um genuíno consentimento informado, na medida em que a instituição pode, em nome da lei, impor ao médico e ao hospital uma obrigação, o que leva a que os médicos que obtêm consentimento com base num critério institucional não encontrem padrões ou modelos rigorosos de autonomia que se apliquem a todas as circunstâncias. Daí que considerem que é extremamente difícil encontrar e implementar regras que protejam a autonomia⁴⁹.

Para não violar o direito do paciente à informação, muitos médicos procuram normas para a adequada divulgação de informação médica ao paciente, ou seja, procuram determinar qual a informação que melhor serve os interesses do paciente. O que também é difícil, na medida em que as histórias familiares e as crenças de cada um levam-nos a preferir determinado tipo de informação. Por isso, Beauchamp e Childress referem-se a uma exigência de subjetividade nas normas que os médicos seguem para divulgar a informação relevante, aquela que o paciente precisa de saber⁵⁰.

O fundamento desta tese, que deixa ao critério do médico a divulgação de uma informação relevante, reside no facto de existirem determinadas situações clínicas que são incompatíveis com uma completa divulgação de informação ao paciente, justificando-se que o médico opte por não a divulgar ou divulgá-la apenas parcialmente, em virtude de considerar que a informação incompleta será mais benéfica para o próprio paciente. Veja-se o caso da administração terapêutica de um placebo. A prescrição de substâncias que são, do ponto de vista farmacológico ou biomédico, irrelevantes para o tratamento do paciente, tem-se revelado eficaz no alívio de alguns sintomas pois, o próprio ato de prescrever essas substâncias já constitui na mente do paciente um “alicerce de esperança”⁵¹. No entanto, apesar de ser possível justificar uma tal opção, não é fácil fazê-lo.

⁴⁹ Cf. PBE, p. 121.

⁵⁰ Cf. PBE, p. 123.

⁵¹ PBE, p. 125.

Deveremos portanto ter em conta que existem razões que limitam a compreensão no processo de consentimento, condições que podem passar pela doença, a irracionalidade ou imaturidade e até a própria personalidade do paciente, isto é, o facto de ser mais ou menos ansioso, mais ou menos nervoso ou distraído, por exemplo, poderá bloquear a compreensão do paciente. Nestes casos, o entendimento não precisa ser completo: compreender os factos centrais é geralmente suficiente. Até porque alguns pacientes têm conhecimentos limitados e não conseguiriam compreender grande parte da linguagem médica, sobretudo quando os médicos usam termos que não lhes são familiares, o que os leva a distorcerem o que lhes é transmitido⁵². Daí que, demasiada informação possa levantar tantos problemas como uma informação reduzida. Muitas vezes as falsas crenças dos pacientes dificultam a sua comunicação com o médico e tornam o seu consentimento, ou recusa, num procedimento não-informado.

Verificamos assim que, embora os profissionais de saúde não tenham autoridade para declararem os pacientes como legalmente incompetentes, têm muitas vezes, dentro de certos limites, o poder de anular ou restringir as decisões dos pacientes sobre os cuidados de saúde, sendo-lhes permitido, em alguns casos - como por exemplo, em situações de emergência - prosseguirem um tratamento sem o referido consentimento. Isto leva a que a coerção e a manipulação sejam ocasionalmente justificadas e até frequentes, quer em medicina, quer na saúde pública e na aplicação de leis.

Embora “autonomia” e “competência” tenham significados diferentes, atribuindo-se à primeira mais a capacidade de autodeterminação e à segunda a habilidade para executar uma tarefa ou um conjunto de tarefas, o critério para definir uma pessoa autónoma é similar ao critério que define a competência de uma pessoa. Desta forma, o conceito de “competência” nas tomadas de decisão aparece vinculado ao conceito de “autonomia”.

Tanto na área do Direito e da Medicina, como na Filosofia, se presume frequentemente que as características que uma pessoa competente possui coincidem com as de uma pessoa autónoma. No entanto, não parece haver apenas uma definição de “competência” aplicável em todos os contextos, nem existem testes para distinguir com rigor uma pessoa competente de uma incompetente, até porque - de acordo com o exemplo que os próprios autores dão - uma pessoa pode ser incompetente para decidir sobre um assunto, por exemplo financeiro, e não o ser para outro assunto, por exemplo, o de decidir participar numa pesquisa médica. Além disso, a competência para decidir nem sempre é contínua numa pessoa⁵³.

⁵² Cf. PBE, p. 128.

⁵³ PBE, p. 112 “competence may vary over time and may be intermittent”. Beauchamp e Childress utilizam o termo “intermitente” para mostrar como pode ser complicado avaliar a competência de uma pessoa, na medida em

Assim como nem todas as pessoas competentes são igualmente capazes, nem todas as pessoas incompetentes são igualmente incapazes, pois há pessoas competentes que em determinadas circunstâncias da vida não são capazes e pessoas incapazes que revelam algumas competências. Os autores defendem que ambas deverão ser tratadas como pessoas igualmente competentes e igualmente incompetentes, dependendo a linha de separação entre elas da situação particular em que se encontrem.

Como se poderá verificar, confrontamo-nos sempre com a necessidade de contextualizar e avaliar cada situação concreta antes de aplicar determinado princípio.

2.2 Não-maleficência

Outro princípio tradicional na ética médica hipocrática, considerado como uma diretriz fundamental na atual prática biomédica (e frequentemente invocado pelos profissionais de saúde), é o “princípio de não-maleficência”, isto é, a obrigação de não causar, em termos gerais, qualquer mal ou dano. De um ponto de vista médico, a aplicação deste princípio reporta-se à obrigação de não causar danos físicos, incluindo dor ou sofrimento, invalidez e morte.

Beauchamp e Childress detêm-se no quinto capítulo da obra *Principles of Biomedical Ethics* na análise deste princípio, considerando sobretudo as suas implicações na recusa de tratamento e no pedido de assistência na morte, quando a probabilidade desta ocorrer é elevada ou certa.

Ao analisarem o princípio da não-maleficência e as suas implicações na ética biomédica, Beauchamp e Childress distinguem este princípio, enquanto obrigação de não fazer mal aos outros, do princípio da beneficência, enquanto obrigação de ajudar os outros, isto é, de providenciar benefícios ou promover o bem e não apenas evitar o mal.

Embora a ética favoreça ambos os princípios sem sobrepor um ao outro numa hierarquia, depara-se com algumas dificuldades quando se trata de identificar as obrigações específicas de cada um destes princípios, pois existem diferenças entre agir incorreta ou erradamente e agir de forma prejudicial ou nociva⁵⁴. Por exemplo, podemos avaliar a atitude daquele que se recusa a doar medula a um familiar, sabendo que é o único elemento da família com a possibilidade de ser geneticamente compatível, como incorreta ou errada, mas já não é tão evidente avaliá-la como nociva ou maleficente, pois efetivamente essa pessoa não está diretamente a fazer qualquer

que muitas pessoas podem ser incompetentes para executar uma tarefa numa fase da vida e serem, noutra fase da vida, competentes para executar essa mesma tarefa.

⁵⁴ Os autores distinguem: “incorreto/errado” (‘wronging’) – por exemplo, uma companhia de seguros recusar-se a pagar a conta de hospital de um paciente – de “prejudicial/nocivo” (‘harming’) – o mal físico, dor, sofrimento, risco de morte (PBE, pp. 152-153).

mal ao seu familiar. Contudo, em circunstâncias como esta, ainda que a pessoa não tenha a obrigação de beneficência de salvar o outro, tem a obrigação de não-maleficência, o que requer que não piore a situação do seu familiar. Neste sentido, e na perspectiva consequencialista aqui adotada pelos autores, se a recusa em doar medula resultar na pioria da situação do seu familiar, tal atitude poderá ser considerada como moralmente inadmissível, uma vez que, na sua origem, esteve o desrespeito pelo princípio da não-maleficência.

Se, por um lado, é perante as consequências que podemos determinar se foram ou não respeitados os princípios éticos fundamentais, por outro lado, haverá sempre dúvidas em determinar a exata relação entre os efeitos pretendidos e os resultados alcançados. Ou seja, até que ponto a recusa de uma pessoa, em doar um órgão a um familiar, implica obrigatoriamente um resultado adverso no seu familiar? Quem nos poderá garantir que uma tal recusa não possa estar associada a algo que se revele benéfico, como por exemplo, permitir encontrar um dador com maior probabilidade de sucesso no transplante?

O princípio da não-maleficência impõe sempre uma obrigação ou prescrição “negativa” de carácter não absoluto, ou seja, proíbe uma determinada ação que possa causar dano ou fazer mal. No entanto, o conceito de “mal” admite um duplo uso: “normativo” - somos obrigados a não causar dano intencionalmente - e “não normativo” - causar dano pode ser justificado em determinadas circunstâncias particulares.

Em virtude de ser possível que uma determinada ação, que em princípio julgamos ser a mais adequada, venha a ter efeitos adversos sobre outra pessoa sem que o agente tenha tido essa intenção e, portanto, sem que este tenha falhado do ponto de vista moral, Beauchamp e Childress reservam o termo “dano” (‘harm’) para caracterizar as situações em que se estão a frustrar ou prejudicar intencionalmente os direitos e interesses fundamentais de alguém. Daí que o princípio da não-maleficência proíba apenas esse tipo de dano – causado intencionalmente - e não todo o tipo de dano – resultante por exemplo de circunstâncias acidentais.

Assim, em termos gerais, as ações que causam algum dano não são em absoluto incorretas mas apenas *prima facie* incorretas, visto que podem estar justificadas em determinadas circunstâncias, ou seja, há situações em que se pode causar dano sem se incorrer numa falha moral. A questão está então em classificar a ação que se enquadra na categoria da não-maleficência, ou seja, em saber o que nos permitirá ter uma ideia clara acerca do que torna de facto uma ação maleficiente.

O desenvolvimento de novas tecnologias médicas, nomeadamente no que diz respeito à criação de equipamentos para a manutenção da vida biológica de alguns pacientes cujas condições clínicas assim o exigem, aliado ao movimento, em expansão, de defesa dos direitos do

paciente - como, por exemplo, o direito destes a recusarem medidas "extraordinárias" que lhes prolonguem a vida - tem trazido novos desafios à aplicação do princípio da não-maleficência. É neste enquadramento que Beauchamp e Childress procuram especificar o princípio em análise.

Beauchamp e Childress começam por analisar a diferença entre “não iniciar” (‘withholding’) e “suspender” (‘withdrawing’) um tratamento para manutenção de vida, considerando duas perspectivas distintas.⁵⁵

Por um lado, somos confrontados com a defesa da ideia de que não ligar ou retirar um aparelho que permita ao paciente a manutenção de uma dada função vital, isto é, não iniciar ou suspender um tratamento (como por exemplo não ligar o paciente a um respirador artificial que lhe permita manter a ventilação pulmonar) é desrespeitar o princípio hipocrático de não-maleficência, pois manter o paciente vivo é preferível aos eventuais danos que possa sofrer, e isto, mesmo que haja desacordo entre o que o médico julga ser melhor para o paciente e o que o paciente deseja para si. Por outro lado, muitos profissionais e familiares dos pacientes consideram aceitável não dar início a um tratamento (por exemplo, não ligar o paciente a um ventilador), mas não consideram justificável interromper tratamentos iniciados (desligar o ventilador de um paciente que depende dele para se manter vivo).

A diferença entre estas duas perspectivas está associada à diferente perceção da responsabilidade numa e noutra situação, pois, enquanto a pessoa que retira um suporte de vida a um paciente se sente responsável pela morte do mesmo, quem não o chega a iniciar não sente essa responsabilidade, o que torna compreensível a relutância em interromper um tratamento iniciado. No entanto, na perspectiva dos autores, tal distinção entre retirar (interpretado como “matar”) e não iniciar um tratamento (interpretado com “deixar morrer”), por ser demasiado vaga e controversa, não parece ser moralmente relevante, sendo mesmo “moralmente perigosa”⁵⁶. Em seu entender, ambos os procedimentos podem ser justificados, dependendo das circunstâncias. Ou seja, o que em certas circunstâncias pode ser correto, noutras pode não sê-lo. Logo, nenhum deles é só por si incorreto, o que nos obriga a procurar identificar os casos em que tais atos possam ser considerados corretos, sem margem para dúvidas.

A este respeito, os autores dão como exemplo o pedido autónomo de um paciente para o ajudarem a morrer; consideram que, embora o pedido autónomo de um paciente deva ser respeitado nalgumas circunstâncias, isso não quer dizer que todos os casos de pedido de morte medicamente assistida sejam justificáveis. Consideram ainda que, embora alguns princípios (o

⁵⁵ Cf. PBE, p. 155. Os autores referem-se aqui à distinção entre ‘withholding (not starting)’ e ‘withdrawing (stopping)’.

⁵⁶ PBE, p. 158.

do respeito pela autonomia, o da beneficência e o da justiça) ofereçam fortes razões para reconhecer a legitimidade de, nalgumas circunstâncias, se proceder à morte assistida, o princípio da não-maleficência aponta sobretudo para a recomendação de cuidados paliativos, através do melhoramento das formas de controlar o sofrimento⁵⁷.

Como no caso dos outros princípios, também aqui o princípio da não-maleficência fundamenta diversas regras morais específicas, todas elas *prima facie*, ou seja, não absolutas. Isto fundamentalmente porque, se em alguns casos, não propor ou permitir um tratamento pode ser pior do que retirá-lo uma vez iniciado, noutros casos, só depois de iniciado um tratamento é possível fazer um diagnóstico adequado dos seus benefícios, sendo necessário proceder a uma reavaliação periódica do mesmo.

Contudo, caso se verifique uma destas opções, como justificar a opção de “não propor iniciar” ou de “não permitir continuar” um dado tratamento sem que tal opção seja considerada uma forma de “negligência” para com o paciente cujo tratamento foi, em ambos os casos, inviabilizado?⁵⁸

Perante a necessidade de proteger as pessoas contra os riscos que o ato negligente envolve, e perante a necessidade de determinar a responsabilidade moral dos profissionais dos cuidados de saúde pelo mal praticado, Beauchamp e Childress apresentam os princípios que especificam a não-maleficência. Para esse efeito, distinguem, por exemplo, o que caracteriza um “tratamento comum”, considerado dentro do que é normalmente proposto e o que caracteriza um “tratamento extraordinário”, considerado fora do comum ou pouco habitual. Os autores procuram assim formas de identificar até que ponto uma determinada ação praticada por profissionais dos cuidados de saúde pode ser considerada como moralmente “certa” ou “errada”. A este propósito, veja-se o caso da diferença que se estabelece entre “matar” (‘killing’), ato que, por se assemelhar ao suicídio ou homicídio, é moralmente errado, e “deixar morrer” (‘allowing to die’/‘letting die’), o qual, por se assemelhar à morte natural, já poderá não ser considerado moralmente errado.

Quanto à distinção que estabelecem entre “tratamento comum” e “tratamento extraordinário”, os autores consideram que esta assenta numa distinção “moralmente enganosa”, “inaceitavelmente vaga” e “irrelevante”, que tem na sua base a ideia de que é legítimo omitir um “tratamento extraordinário” na prática médica, mas não um “tratamento comum”. Estamos assim

⁵⁷ Cf. PBE, p. 181.

⁵⁸ Os autores definem a negligência como a “ausência do devido cuidado”, o que pode aplicar-se em duas situações distintas: a situação em que a ação é descuidada intencionalmente conduzindo ao risco irracional de prejudicar, designada por “negligência propositada” ou “imprudência”, e aquela em que a ação é descuidada de forma não intencional e que acaba igualmente por desencadear o risco de prejudicar alguém mais vulnerável, designada por “negligência acidental” ou “inadvertida”. (PBE, pp. 153, 154).

perante a ideia enganosa de que um tratamento de rotina é obrigatório, enquanto um tratamento fora do comum, dito extraordinário, é opcional. Ora, independentemente da classificação dada ao tratamento, o que importa saber é se o tratamento é ou não benéfico. Assim sendo, o que determina a diferença entre tratamento opcional e obrigatório é o que resulta do balanço entre benefícios e encargos para o paciente.⁵⁹

Só assim poderemos encontrar justificação para determinadas decisões aceites por algumas éticas médicas, como por exemplo a que estará na base da opção por renunciar a um tratamento de sustentação de vida. Sobre este assunto, Beauchamp e Childress consideram que é obrigatório providenciar um tratamento, mas reconhecem a existência de algumas condições para a prevalência da obrigação de tratar. Ou seja, reconhecem que, em certas circunstâncias (quando estamos perante um elevado nível de dor/sofrimento) o ato de continuar a tratar pode ser desumano e cruel. Neste sentido, o princípio da não-maleficência não implica a manutenção da vida biológica, nem requer a iniciação ou continuação de tratamento, sem olhar à dor/sofrimento/desconforto do paciente.

Ressalta aqui a importância que os autores dão à qualidade de vida para determinar se o tratamento é opcional ou obrigatório. Consideram que, quando a qualidade de vida é muito baixa e a intervenção corre o risco de produzir mais prejuízo do que benefícios para o paciente, é justificável a opção, quer de não iniciar, quer de suspender o tratamento, o que requer critérios que permitam julgar com precisão a qualidade de vida do paciente, sem se transformar o “direito de morrer” na “obrigação de morrer”, contra os desejos e interesses do paciente. Para os autores, quando está em causa a tomada de decisão sobre “deixar morrer” ou “matar” - cessando, por exemplo, a alimentação artificial - uma coisa é ter em consideração a qualidade de vida do paciente de acordo com os seus interesses e outra é o valor do paciente para os interesses da sociedade⁶⁰.

Assim, e apesar de sermos frequentemente confrontados com circunstâncias cuja obrigação moral exige que optemos entre alternativas incompatíveis, isto é, embora seja frequente depararmo-nos com determinados dilemas morais que poderão vir a revelar-se irresolúveis, sentimos necessidade de saber o que de facto é moralmente errado. Ora, como toda a ação que pressupõe uma intencionalidade, pressupõe uma moralidade, para avaliarmos

⁵⁹ Cf. PBE, pp. 160-167.

⁶⁰ A distinção anteriormente feita entre “tratamentos comuns” e “tratamentos extraordinários”, “matar” e “deixar morrer”, conduz-nos ao conceito de “duplo efeito” que Beauchamp e Childress desenvolvem. No entanto, dada a profundidade que a análise da aplicação da regra do duplo efeito (RDE – ‘rule of double effect’) às decisões éticas exigiria e face às dificuldades inerentes à aplicação do princípio do duplo efeito no campo da biomedicina, não caberá ao presente trabalho abordá-lo, mas apenas deixá-lo como referência.

corretamente a moralidade de uma determinada ação teremos sempre de conhecer a intenção de quem a realiza.

Neste sentido, regras como a de “não matar” apresentam-se como não sendo absolutas, pois “matar”, embora esteja tradicional e moralmente ligado a ações inadmissíveis, pode perder essa carga se resultar de uma ação não intencional, como, por exemplo, no caso de matar em legítima defesa. Isto significa que “matar” pode não constituir um ato moralmente errado ou criminoso, dependendo das circunstâncias.

Importa aqui salientar que os autores, ao afirmarem que nem “matar” nem “deixar morrer” são ações más em si mesmas, não querem com isso dizer que é permitido ao médico matar os seus pacientes, pois a opção médica de retirar um tratamento clinicamente inútil justificadamente não é o mesmo que matar um paciente.

A regra de “não matar” surge assim como não absoluta, como uma regra *prima facie* aceitável em medicina, que pode não ser respeitada sob duas condições: a inutilidade da tecnologia médica e a recusa válida do paciente ao uso dessa tecnologia. Caso não sejam cumpridas estas condições, deixar o paciente morrer envolve negligência e pode constituir uma forma criminosa de matar. Mas, para se respeitarem estas duas condições, é necessário determinar em que consiste a “recusa válida” do paciente, ou seja, há que determinar se uma recusa do paciente ao uso de determinada tecnologia é válida.

Na tomada de decisão do paciente deve, por exemplo, tomar-se também em consideração a sua família próxima, na medida em que esta é normalmente quem tem o melhor conhecimento dos desejos do paciente. No entanto, os seus membros podem tomar decisões inaceitáveis por não estarem bem informados, por estarem afastados do paciente ou por terem algum conflito de interesses. Como detetar estes casos e o que fazer? Nestes casos, dizem os autores, o médico ou outros profissionais de saúde podem salvaguardar melhor o interesse e preferências do paciente. Quando estes são confrontados com a necessidade de tomarem decisões difíceis, em casos particulares de desacordo, resta-lhes recorrerem a um mecanismo que os ajude a tomar as decisões mais adequadas, sendo o mecanismo de ajuda nessas tomadas de decisão providenciado pelos comités de ética e pelos tribunais, muitas vezes o último recurso para proteger os interesses do paciente quando a família ou os cuidadores de saúde são desqualificados.

Beauchamp e Childress admitem situações em que a ação de “deixar morrer” e a de “ajudar a morrer” são justificáveis do ponto de vista moral, pois não reconhecem que haja diferença moral entre matar mediante uma ação ou matar por omissão. No entanto, o facto de admitirem que em algumas situações, o ato de “deixar morrer” e o de “matar” possam ter o mesmo valor moral, não significa que admitam que, se em determinadas situações “deixar

morrer” está justificado, “matar” também o estará. Neste sentido, o ato de matar apresenta-se como podendo ser permitido tanto no âmbito médico, em alguns casos de suicídio assistido, como no jurídico, no caso por exemplo de uma morte causada na sequência de uma ação em legítima defesa. O que não quer dizer que esteja justificado qualquer tipo de suicídio assistido. Mesmo no caso de se provocar uma morte em legítima defesa, tal ato constitui uma exceção, visto que a pessoa que causa a morte do agressor não elegeu a ação de matar, ou seja, apesar do ato de matar o agressor ser o meio que assegura a sua intenção de se salvar, quem se defende deste modo não elegeu matar como meio para salvar a sua vida.

2.3 Beneficência

A vida moral exige mais do que a obrigação de respeitarmos a autonomia da pessoa ou a obrigação de não-maleficência; exige também alguma compaixão, bondade e caridade, ou seja, que contribuamos de algum modo para o bem-estar dos outros, que sejamos benéficos. Daí que o princípio da beneficência, tal como o princípio da não-maleficência, tenha também uma larga tradição na ética médica hipocrática⁶¹.

No entanto, o princípio da beneficência acaba por exigir potencialmente muito mais do que o princípio da não-maleficência porque, sob este princípio, as pessoas não se limitam a agir de forma a evitar prejudicar os outros mas procuram medidas positivas que ajudem de facto os outros, o que é mais difícil de conseguir.⁶² Este princípio expressa assim a obrigação de ajudar ou causar o bem a outra pessoa, o que em medicina se tem traduzido no desenvolvimento de conhecimentos e técnicas que visam auxiliar o paciente a superar uma situação de risco para a sua vida.

Para especificarem o conceito de beneficência, os autores distinguem “beneficência” de “benevolência”, reportando à primeira o ato concreto de ajudar os outros, ou seja, a “obrigação de agirmos em benefício de outrem”, e à segunda a “virtude” de quem o pratica, ou seja, o facto de podermos agir por simples generosidade, sem que a ela estejamos obrigados. Defendem então que, embora beneficência e benevolência estejam relacionadas, enquanto por “benevolência” se entende a “predisposição para agir benéficamente a favor dos outros”, referindo-se esta ao “carácter” ou “virtude” de quem age nesse sentido, por “beneficência” entende-se a “obrigação

⁶¹ Na língua inglesa, como na portuguesa, “beneficência” assume o significado de “prática de caridade”, “misericórdia”, “bondade” e “caridade” o que em alguns casos inclui altruísmo e filantropia, por exemplo. Os autores usam o termo no seu sentido mais amplo, no sentido de obrigação moral ou obrigação de agir em benefício dos outros, admitindo que embora muitos atos de beneficência não sejam obrigatórios, algumas formas de beneficência são, em seu entender, obrigatórias.

⁶² Cf. PBE, p. 197.

moral de agir para beneficiar os demais”⁶³, o que não está diretamente associado à qualidade do carácter do agente, mas à qualidade do ato praticado.

Não sendo este princípio, nem o único, nem o principal princípio ético, mas apenas um entre vários - como fazem questão de referir em relação a todos os princípios que apresentam - o princípio da beneficência impõe, tal como os outros, uma obrigação *prima facie*, já que os atos de beneficência também não são considerados absolutamente obrigatórios.

No entanto, a necessidade de especificar este princípio passa primeiramente por procurar saber o que este nos traz de novo em relação a outros princípios como, por exemplo, o princípio da não-maleficência. Ora, enquanto as normas morais baseadas no princípio da não-maleficência estão associadas a “obrigações negativas” - proibições - às quais se deverá obedecer imparcialmente sob pena de, em caso de incumprimento das mesmas, nos serem aplicadas sanções legais (estas normas proíbem-nos de praticar o mal universalmente), as normas morais baseadas no princípio da beneficência impõem-nos “obrigações positivas”, às quais nem sempre é possível obedecer de forma imparcial, sendo-nos permitido favorecer aqueles com quem temos uma relação especial.

Assim, na sequência do que nos dizem os autores, poderemos afirmar que as obrigações *prima facie* podem ser mais ou menos perfeitas: mais perfeitas se a obrigação que impõem é aplicável a todas as pessoas e em todas as circunstâncias, menos perfeitas se não nos é possível aplicá-las universalmente. No caso da obrigação de não-maleficência, estamos sempre em condições de agir não maleficientemente para com todas as pessoas e em todas as circunstâncias; mas o mesmo já não acontece com a obrigação de beneficência, uma vez que não nos é possível agir sempre beneficentemente, pelo que poderemos concluir que estamos aqui perante uma obrigação *prima facie* imperfeita. No entanto, o facto da obrigação de agir beneficentemente nos ser apresentada como imperfeita, não significa que não exista a obrigação geral de ajudar os outros, de positivamente promover o seu bem, não significa inclusive que esta não se possa, em alguns casos, sobrepor à obrigação de não-maleficência.

A questão está aqui em saber como especificar estas obrigações *prima facie* imperfeitas sem as reduzir a formas de “paternalismo médico”, como têm sido entendidas desde Hipócrates. Embora Beauchamp e Childress especifiquem o conceito de “beneficência positiva” com algumas regras básicas, como a de prevenir possíveis danos, ajudar os incapacitados ou resgatar

⁶³ J.J. Ferrer, J.C. Alvarez, *Para fundamentar la bioética: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, p. 135.

as pessoas em perigo, não clarificam em que circunstâncias o deveremos fazer, isto é, em que circunstâncias seremos obrigados a agir beneficentemente⁶⁴.

O facto de não haver unanimidade quanto ao que se entende por “fazer o bem”, ou “ajudar”, leva a que a aplicação deste princípio na área dos cuidados de saúde seja frequentemente geradora de conflito. Por exemplo, há quem considere que “fazer o bem” passa sobretudo por desejar fazer aos outros o que gostaríamos que nos fizessem a nós; mas também há quem considere que esse critério tem implícita a imposição de uma visão particular daquilo que o agente considera uma “vida boa”, e assim o que o médico entende por “agir em benefício do paciente” poderá não coincidir com o que o paciente considera benéfico para si.

A crescente valorização do respeito pela autonomia dos pacientes está inevitavelmente associada a uma outra forma de encarar as relações médico-paciente. Se, por um lado, se exige o respeito pela autonomia do paciente, por outro, os médicos não têm a obrigação moral de apoiar todos os desejos do paciente, e muito menos quando estes são incompatíveis com os padrões aceitáveis da prática médica, ou vão contra a consciência do médico⁶⁵. Daí que o princípio da beneficência seja apontado como aquele que mais diretamente entra em conflito com o princípio de respeito pela autonomia em determinadas situações médicas.

O problema em defender o primado do princípio de beneficência sobre o princípio do respeito pela autonomia, tão valorizado nas últimas décadas, está diretamente relacionado com o facto da atitude paternalista ser julgada de forma negativa, apesar de, nalguns casos, tal atitude poder ser moralmente justificada.

O princípio do respeito pela autonomia nos cuidados de saúde opõe-se à prática paternalista, uma vez que, o termo “paternalismo” significa que na relação médico-paciente o médico está em posição de autoridade para determinar o que é melhor para o paciente, devido ao facto de possuir um saber superior, uma informação mais completa e aprofundada na matéria. Informação que, à partida, os próprios médicos consideram que o paciente ignora. Como na relação pai-filho, a atitude paternalista exercida por uma das partes (pai/médico), por definição, restringe, limita, a escolha autónoma da outra parte (filho/paciente).

No entanto, segundo Beauchamp e Childress, o paternalismo nos cuidados de saúde, quer na sua forma mais branda, quer na sua forma mais rígida, está por vezes justificado.

Aquilo que os autores designam por “paternalismo brando” (‘soft paternalism’) está associado ao facto do agente intervir na vida de outra pessoa por razões de beneficência ou

⁶⁴ Cf. PBE, pp. 208-209.

⁶⁵ Cf. PBE, p. 220.

não-maleficência com o objetivo de prevenir uma determinada conduta que possa ser involuntariamente nociva para o próprio, devido a fatores como, por exemplo, a falta de informação sobre o assunto, uma depressão que este possa estar a viver, ou devido à influência de uma droga alucinogénia⁶⁶.

Já aquilo que designam por “paternalismo rígido” (‘hard paternalism’) envolve, por contraste, intervenções destinadas a prevenir ou minimizar o mal para beneficiar a pessoa que está informada acerca do risco das suas escolhas e ações voluntárias. Este tipo de paternalismo justifica-se quando, por exemplo, o médico se recusa a realizar o pedido de um paciente para doar um rim, no caso de este já ter doado o outro rim anteriormente; mesmo que o paciente o faça na esperança de salvar a vida de um filho, e mesmo que haja a possibilidade do dador poder sobreviver com diálise, nessas circunstâncias o médico pode recusar-se a fazê-lo.

Assim, enquanto o “paternalismo brando” procura prevenir consequências prejudiciais para o paciente que não escolheu autonomamente (e por isso não envolve conflito com o princípio da autonomia), o “paternalismo rígido” reflete a conceção de médico/benfeitor, como aquele que, sem ter em conta os valores usados para definir o melhor interesse do paciente, se assume como o único capaz de salvaguardar o melhor interesse do paciente/beneficiado. Por este motivo, o “paternalismo rígido” pressupõe alguma manipulação e, consequentemente, o recurso a este tipo de paternalismo só será justificável nos cuidados de saúde se forem satisfeitas algumas condições.

Entre as condições que se impõem a uma ação fortemente paternalista encontramos a obrigação de tomar em consideração o seguinte: o facto de o paciente poder estar em risco de um significativo dano evitável; o facto de haver alguma probabilidade de evitar o mal com a ação dita “paternalista”; o facto dos benefícios para o paciente, projetados pela ação paternalista, poderem superar os riscos a que este se sujeita, e ainda o facto de poder não haver alternativa razoável para a limitação da autonomia ou a alternativa da autonomia restrita garantir os benefícios e reduzir os riscos⁶⁷.

Os que assumem uma posição “anti-paternalista” podem opor-se à intervenção paternalista mais rígida por diversas razões. Uma das razões invocadas é que esse tipo de intervenção revela desrespeito pelos agentes autónomos - não os considerando como seres moralmente iguais – já que está subjacente a ideia de que só o médico é capaz de agir em benefício do paciente, devendo este apenas submeter-se à conceção de bem que o médico tem e que considera melhor para as necessidades do paciente, incapaz de determinar o seu próprio

⁶⁶ Cf. PBE, p. 213.

⁶⁷ Cf. PBE, p. 216.

bem. No entanto, Beauchamp e Childress consideram que o paternalismo, mesmo o mais rígido, pode nalgumas circunstâncias estar justificado, embora não seja fácil exercê-lo no campo da medicina. Daí que os autores defendam uma versão que justifica um leque reduzido de ações paternalistas. Isto porque consideram que tanto o paternalismo mais brando, como o mais rígido, são eticamente problemáticos, uma vez que a política, ou regra, que permite um forte paternalismo na prática profissional, não compensa o risco de abuso a que pode expor o doente.

Os autores referem duas formas de paternalismo devidamente justificado: o que resulta do consentimento ('consent') ou da escolha autónoma do paciente e o que conduz a benefícios prováveis. No caso do paternalismo justificado por consentimento, verificamos que, nalguns casos, as pessoas podem não entender suficientemente o perigo das suas ações e por isso, a obrigação de beneficência justifica a ação paternalista.

Esta teoria que apela ao consentimento racional para justificar a intervenção paternalista, tem características que são atrativas, particularmente ao tentar harmonizar os princípios da beneficência e do respeito pela autonomia. No entanto, esta abordagem não é clara, na medida em que é difícil determinar até que ponto incorpora de facto um consentimento individual, ou seja, até que ponto se baseia verdadeiramente no consentimento.

No caso do paternalismo justificado pela probabilidade de ocorrerem benefícios, Beauchamp e Childress consideram que se o interesse pela autonomia da pessoa aumentar e os seus benefícios diminuïrem, a justificação para a ação paternalista torna-se menos plausível, mas se, pelo contrário, os benefícios para a pessoa aumentarem e o interesse pela autonomia diminuir, a justificação para a ação paternalista torna-se mais plausível⁶⁸.

Em sentido geral, a beneficência aproxima-se de um ideal moral cuja realização pode exigir alguns sacrifícios por parte de quem opta por agir beneficentemente, revelando uma grande generosidade e até, por vezes, algum heroísmo. Mas, enquanto ideal moral, não nos surge como obrigatório em todas as circunstâncias; só se apresenta assim naquelas em que somos movidos pela necessidade de agir beneficentemente, sentindo que tal ato não pode ser meramente opcional, como por exemplo, quando estamos perante a obrigação de salvar uma vida⁶⁹.

Assim, temos por um lado a "beneficência em sentido geral" - que surge como um ideal moral, não obrigatório, mas que em algumas situações concretas nos obriga a agir beneficentemente, mesmo relativamente àqueles com quem não temos qualquer relação especial (e com quem podemos, inclusive, antipatizar). Temos por outro lado, a "beneficência em sentido

⁶⁸ Cf. PBE, p. 214.

⁶⁹ Os autores dão como exemplo de generosidade extrema a parábola do bom samaritano do Novo Testamento.

estrito” - uma beneficência específica que nos obriga a agir beneficentemente relativamente àqueles com quem estamos, de algum modo, especialmente vinculados, consanguínea e/ou afetivamente (família e amigos) ou profissionalmente (por exemplo, na relação médico-paciente), sendo esta obrigatoriedade difícil de questionar.

Estabelece-se assim uma linha divisória entre o que é moralmente obrigatório e o que é meramente ideal, divisão que nem sempre é clara. Daí a necessidade de admitir a existência de alguns limites à obrigação geral de beneficência e impor algumas condições à obrigação específica de agir beneficentemente em favor daqueles que nos são próximos, de modo a não cair nos extremos, errando por defeito em relação àqueles com quem não temos qualquer relação especial ou errando por excesso em relação àqueles que nos são mais próximos.

Consequentemente, e uma vez que muitos entendem que pode haver moralidade sem haver necessariamente o ato de beneficência e que nem todas as ocasiões exigem que beneficiemos uma pessoa, mesmo que estejamos em posição de o fazer, é importante especificar este princípio, indicando os casos em que a beneficência é opcional.

A tese de que devemos promover o bem geral, traduzida na obrigação imparcial de ajudar mesmo quem não conhecemos como se fosse da nossa própria família é, como nos dizem os autores, “excessivamente romântica”, na medida em que, seguindo esta tese, corremos o risco de não poder assumir as nossas obrigações para com quem temos na realidade maiores responsabilidades. Por esta razão a moralidade reconhece limites significativos à exigência de beneficência.

Os autores defendem então que, embora não estejamos moralmente obrigados a realizar todos os atos possíveis de generosidade, ou de caridade, que beneficiem os outros, existem determinadas regras morais de obrigação para a “beneficência positiva”. Entre essas regras encontramos, por exemplo, a de proteger e defender os interesses dos outros; a de prevenir a ocorrência do mal; a de retirar o que possa causar prejuízo aos outros; a de ajudar quem tem deficiências ou a de salvar quem está em perigo quando tal ato não apresenta grandes riscos para quem salva. Nesta última regra verificamos que a própria obrigação de salvar depende de algumas condições, quer da parte de quem salva, quer da parte de quem está a ser salvo⁷⁰.

Assim sendo, não cumprir o princípio da não-maleficência é considerado imoral, mas não cumprir o princípio da beneficência poderá não o ser, e não o é com frequência. Daí que os profissionais de saúde em geral, e os médicos em particular, sintam como obrigatória e não

⁷⁰ “Somos obrigados a agir não maleficamente para com todas as pessoas a todo o tempo, mas não é geralmente possível agir beneficentemente para com todas as pessoas”. (PBE, p.199).

meramente opcional a necessidade de promover o bem-estar dos seus pacientes, evitando o mal quer para os próprios pacientes, quer para a sociedade.

Muitas destas obrigações de beneficência resultam de algumas formas de reciprocidade, pois, como afirmam os autores, sentimos a obrigação de ajudar quem nos ajudou. “Os pacientes ajudam os médicos nas suas pesquisas e práticas” e, por sua vez, “os médicos cuidam dos seus pacientes ” na recuperação da sua saúde⁷¹.

Contudo, o princípio da beneficência não se limita à prática de uma “beneficência positiva”, a qual exige que os agentes promovam o bem dos outros, exige também que os agentes ponderem os benefícios, isto é, façam um “balanço” dos riscos e custos que permita produzir os melhores resultados globais⁷².

Daí que, ao analisarem o princípio da beneficência, Beauchamp e Childress proponham o princípio da utilidade, não no sentido que os utilitaristas lhe deram, de princípio prioritário, acima de qualquer consideração contrária, mas no sentido de “proporcionalidade” isto é, de proporcionar uma quantidade de benefícios suficientes para contrabalançar os danos que possam ter sido causados numa dada intervenção.

Na obra *Principles of Biomedical Ethics*, confrontamo-nos permanentemente com a chamada de atenção para a complexidade da vida moral e para a dificuldade em encontrar a melhor solução para os conflitos que lhe são inerentes, sobretudo no que diz respeito aos cuidados de saúde. Parte dessa dificuldade reside na multiplicidade de fatores a ter em conta numa tomada de decisão neste campo. Qualquer decisão acerca da saúde incluirá sempre valores não exclusivamente médicos, isto é, valores que nos permitam avaliar os custos e os benefícios de determinada intervenção médica. “Os próprios médicos já baseiam rotineiramente os seus juízos sobre o tratamento mais adequado no balanço dos benefícios prováveis e prejuízos para o paciente”⁷³.

A complexidade da vida moral obriga-nos igualmente a ter em conta que, apesar de ser central na vida moral a obrigação de proporcionar benefícios, prevenir o mal, e pesar os possíveis bens duma ação relativamente aos seus custos e possíveis males, estes não são suficientes para determinar ou justificar todos os outros princípios.

Assim, se por um lado, face à escassez dos recursos na área da saúde e aos elevados custos das intervenções médicas, se assiste hoje à valorização de políticas de saúde que conduzam a um maior rendimento, calculando a distribuição de recursos com base em

⁷¹ Cf. PBE, p. 205.

⁷² Os autores apresentam dois tipos de beneficência: “beneficência positiva” e “utilidade” (PBE, p. 197).

⁷³ PBE, p. 221.

parâmetros quantitativos; por outro lado, é indiscutível que, por detrás de todos os cálculos, estão valores morais e não apenas números e percentagens sobre o possível êxito de uma dada intervenção⁷⁴.

É neste contexto que Beauchamp e Childress examinam as técnicas formais de análise: “custo-eficácia” (CEA), “custo-benefício” (CBA) e “risco-benefício” (RBA). Como conclusão desse exame resulta a convicção de que, embora estas técnicas possam ser formas moralmente irrepreensíveis de implementar o princípio de utilidade, existem outros princípios, como o do respeito pela autonomia e o da justiça, que ajudam a definir limites ao uso de tais técnicas.

Para melhor compreensão dessas técnicas de análise, importa esclarecer o que se entende por “custos”, “benefícios” e “riscos”. Assim, por “custo” (‘cost’) entende-se, em termos monetários, aquilo que inclui os recursos necessários para produzir benefícios, e os efeitos negativos de procurar esses benefícios. Ou seja, por custos entende-se tudo o que representa sacrifícios feitos com o intuito de alcançar algum objetivo importante. Por “risco” (‘risk’), seja ele físico, psicológico, financeiro ou legal, entende-se tudo aquilo que se refere a possíveis prejuízos futuros. Por fim, o termo “benefício” (‘benefit’), embora se refira aos custos que são evitados e à redução do risco, é mais frequentemente utilizado em biomedicina como referência a algo de valor positivo, associado à vida e à saúde.

Enquanto a noção de “risco” está associada à probabilidade de ocorrência de um evento, é uma noção probabilística, o termo “benefício” já não é probabilístico. Isto porque, assim como o “malefício” é mais comparável com o mal do que com o risco de um dado mal poder vir a ocorrer, o “benefício” também está associado ao efeito real e não ao efeito provável. Neste sentido, a relação “risco-benefício” (RBA) traduz uma relação entre a probabilidade de um benefício ocorrer e a probabilidade de antecipar um mal – o que implica avaliar a probabilidade das pessoas em risco de alguma doença ou acidente (probabilidade de dano ou resultados negativos) poderem vir a beneficiar se sobreviverem (probabilidade de benefícios).

Contudo, não se podem quantificar com exatidão, mas apenas estimar ou prever, os “riscos”. Em virtude dos “riscos” serem sempre incertos, torna-se difícil realizar uma análise precisa da relação entre “benefícios, riscos e custos” (‘benefit-risk-cost’). No entanto, é fundamental fazer-se a estimativa do risco para se poder determinar a probabilidade e magnitude do dano face a um determinado perigo e tentar implementar a beneficência através de “medidas

⁷⁴ Os autores apontam como uma das críticas aos métodos de análise das relações custos-benefícios (CBA) e custos-eficácia (CEA) precisamente o facto de estas técnicas não serem suficientemente abrangentes, ao reduzirem a análise a termos unicamente monetários (PBE, p. 222).

de precaução” (‘precautionary measures’) adequadamente formuladas, que sejam eticamente justificadas e obrigatórias⁷⁵.

Ao apresentarem o princípio de precaução (‘precautionary principle’), implementado em tratados internacionais, em leis e regulamentos de muitos países, para proteger o ambiente e a saúde pública, Beauchamp e Childress fazem-no acompanhar de máximas que são incorporadas neste princípio - máximas como, por exemplo, as que estabelecem que “é melhor prevenir do que remediar” ou que se deve “pensar duas vezes antes de agir”.

Alertando para o facto de haver muitas versões diferentes deste princípio, o que dificulta a implementação de um princípio de precaução geral e universal, os autores consideram que, mesmo aqueles que criticam este princípio não o conseguem rejeitar na totalidade, optando por uma versão moderada do princípio da precaução designada por “princípio anti-catástrofe”⁷⁶.

Assim, embora um princípio geral de precaução não nos ajude a interpretar e a implementar os princípios de beneficência com vista à prevenção do mal, não se deverá minimizar o valor da precaução como forma de completar o processo de análise dos riscos, quando a evidência científica de que dispomos não é suficiente para identificar a probabilidade de determinado risco, ou a sua magnitude.

A análise da relação custos-benefícios (CBA) resulta da necessidade de proceder a uma avaliação da relação entre meios e fins, isto é, entre recursos disponíveis (ou meios a serem utilizados) e os benefícios obtidos por aqueles a quem esses recursos se devem prioritariamente destinar.

Face à complexidade e interesses envolvidos na gestão dos cuidados de saúde, somos confrontados com determinadas preocupações éticas que se prendem, não só com a necessidade de avaliar os potenciais riscos, mediante a análise risco-benefício (RBA), como também com a necessidade de evitar desequilíbrios na relação custos-benefícios (CBA), de modo a fomentar a criação de padrões de eficácia.

Segundo Beauchamp e Childress, embora os diversos métodos de análise disponíveis permitam estimar o valor monetário de quase tudo - das doenças, acidentes, e inclusive da própria vida humana - a vida de uma pessoa não deixa de ter um valor incalculável. Apesar dos analistas terem desenvolvido diversos métodos que permitem determinar o valor económico da vida humana, não se põe em causa a necessidade da sociedade providenciar todos os meios que permitam salvar a vida de uma pessoa num determinado contexto, como por exemplo, a de

⁷⁵ Cf. PBE, p. 228, 229.

⁷⁶ PBE, p. 229.

resgatar mineiros presos. Por isso, ações como estas podem não ser suportadas pela análise da relação custos-benefícios centrada num valor económico da vida humana, valor esse determinado sobretudo pelos “futuros ganhos”, mas simbolizam a benevolência da sociedade quanto à defesa do valor da vítima⁷⁷.

Segundo algumas das metodologias específicas para determinar o valor monetário de bens considerados intangíveis ou incomensuráveis, como é o caso da vida humana, os autores apresentam alguns dos critérios de avaliação do valor da vida humana que estão na base de uma perspectiva puramente economicista. Referem que esse valor tem sido determinado com base na identificação daqueles de quem se esperam melhores ganhos futuros – segundo o método de avaliação designado por: ‘discounted future earnings’ (DFE) - como será o caso dos mais jovens, entre outros. Referem ainda que se poderá estimar esse valor através da avaliação estatística de preferências expressas (com base em decisões reais) ou reveladas (com base em cenários hipotéticos) da disposição que a sociedade tem para pagar salvar uma vida – aplicando neste caso o método de avaliação designado por ‘willingness to pay’ (WTP)⁷⁸.

No entanto, mais do que atribuir um valor económico específico à vida, é importante melhorar a qualidade de vida das pessoas. Para isso há que ter em conta fatores qualitativos, que podem “razoavelmente centrar-se na avaliação dos anos de vida salvos, sem os tentar converter em termos monetários”⁷⁹.

Beauchamp e Childress reconhecem que, nas políticas de cuidados de saúde, “pode ser tão importante a qualidade de vida, como salvar vidas e anos de vida”. No entanto, a qualidade de vida aparece ajustada aos anos de vida, considerando-se que “se um ano extra de esperança de vida saudável (com uma qualidade de vida boa) vale a pena, então um ano extra de esperança de vida não saudável (com uma reduzida qualidade de vida) vale menos”. Como afirmam os autores, “nesta escala, o valor da condição de morte é zero” pois, embora uma vida pautada pela doença ou incapacidade seja melhor do que a morte, “uma vida pouco saudável recebe uma avaliação entre zero e um”⁸⁰.

Assim, embora os autores reconheçam a dificuldade em determinar a qualidade de vida de uma pessoa, admitem que o valor dos resultados da saúde particular depende da sua utilidade,

⁷⁷ Cf. PBE, p. 230.

⁷⁸ PBE, p. 230.

⁷⁹ PBE, p. 231.

⁸⁰ PBE, p. 231.

do estado de saúde e do número de anos que restam aos indivíduos, o que coloca a *duração* e a *qualidade de vida* no mesmo enquadramento de avaliação⁸¹.

Para alguns analistas, a qualidade de vida pode ser determinada com base em medições do nível de mobilidade física, de dor e angústia e de capacidade para desempenhar as atividades diárias envolvendo-se em interações sociais; contudo, estas medições são pouco precisas e apenas alimentam as discussões acerca da qualidade de vida, as quais poderão ser teoricamente atrativas como forma de providenciar informação sobre os ingredientes de uma boa vida, mas nada dizem de concreto⁸².

A noção de qualidade de vida é bastante variável, podendo estar relacionada não só com os benefícios providenciados pelos cuidados de saúde, como também com alguns benefícios não relacionados com a saúde. Assim, poderemos colocar, entre outras, a questão de saber se cada ano de vida saudável terá o mesmo valor para todas as pessoas.

Os que propõem que a qualidade de vida deva ser ajustada aos anos de vida saudável descriminam os mais idosos, na medida em que consideram que, salvar a vida de um jovem produz mais qualidade de vida ajustada aos anos de vida do que salvar a vida de um idoso. Embora esta perspectiva pareça não corresponder adequadamente à noção que temos de justiça, pois não se sabe como os anos de vida estão distribuídos pelas pessoas, aqueles que baseiam a qualidade de vida na análise custo-eficácia (CEA) dão prioridade a salvar a vida de uma pessoa que à partida tenha ainda pela frente mais quarenta anos de esperança de vida, em vez de salvar duas pessoas com apenas vinte anos de esperança de vida cada uma, ou seja, favorecem o número dos anos de vida, sobre a vida individual.

Ora, embora de acordo com o anteriormente referido, a qualidade de vida seja mais importante do que a quantidade de vida, Beauchamp e Childress reconhecem que esta atribuição metodológica da prioridade dos anos de vida, sobre a vida individual, implica que o salvamento baseado na beneficência seja menos significativo que os custos utilitários. Assim, salvar mais vidas surge como menos importante do que maximizar o número de anos de vida, o que, segundo os autores, levanta sérias questões morais.

2.4 Justiça

O quarto princípio *prima facie* do principialismo bioético é o “princípio de justiça”, que impõe o dever de dar a cada um o que lhe é devido, ou lhe pertence, em termos de benefícios ou direitos, e de responsabilidades ou deveres. Assim, enquanto a justiça está associada a direitos e

⁸¹ Cf. PBE, pp. 231, 232.

⁸² Cf. PBE, p. 232.

deveres, a injustiça está relacionada com o ato de negar determinados direitos às pessoas, por erro ou por omissão⁸³.

Beauchamp e Childress defrontam-se no sétimo capítulo da sua obra com um problema que parece não ter solução, o de especificarem o direito aos bens e serviços relacionados com a saúde e o problema da aplicabilidade da justiça como equidade no campo da biomedicina.

No início deste capítulo dedicado à justiça, Beauchamp e Childress fazem referência ao livro de Jorge Luís Borges *A lotaria na Babilónia*, onde este descreve uma sociedade que distribui todos os benefícios sociais apenas com base numa lotaria periódica. Embora tal sistema pareça obviamente injusto, pois esperamos que sejam os princípios válidos de justiça a determinarem como devem ser distribuídos os benefícios e oportunidades, por vezes, em determinados contextos, parece recorrer-se a métodos semelhantes aos de uma lotaria.

Os autores fazem referência a dois tipos de lotaria, uma “lotaria natural”, relacionada com a distribuição genética de vantagens ou desvantagens, e uma “lotaria social”, relacionada com a distribuição de bens ou *deficits* decorrentes do património familiar, sistema de ensino, etc.⁸⁴. Reconhecem que qualquer um destes tipos de lotarias pode ter um efeito negativo na vida das pessoas, efeito esse que deve ser atenuado pelo recurso a princípios materiais que proporcionem uma justa distribuição de oportunidades, em vez de uma discriminação injusta, como a que se verifica quando se procura, por exemplo, basear essa distribuição em propriedades, tão irrelevantes e discriminatórias, como o Q.I. ou a cor da pele.

A “justiça distributiva”, ao ocupar-se do problema da distribuição equitativa, da repartição proporcional, adequada, dos benefícios e encargos sociais, é a forma de justiça que mais se destaca no campo da biomedicina, e é também aquela de que Beauchamp e Childress se ocupam no último capítulo, dedicado aos princípios éticos.

Uma das primeiras questões que se coloca está em saber como encontrar princípios específicos de justiça aplicáveis aos diversos contextos, sobretudo quando se assiste, por um lado, à escassez de bens, em parte devido às reduções nos recursos destinados à saúde e, por outro lado, à necessidade de distribuição das oportunidades por todos.

Os autores consideram que a exigência do direito a um acesso igual aos recursos de saúde é “utópica”, visto que haverá sempre limites - e consequentemente desigualdades - no acesso aos cuidados de saúde, sendo por isso necessário determinar em que consiste uma justa distribuição

⁸³ Cf.PBE, p. 241.

⁸⁴ Os autores invocados a este respeito são: John Rawls e Tristan Engelhard na sua obra *The Foundations of Bioethics*, (PBE, p. 250).

de encargos e de benefícios, e que critérios, entre a multiplicidade de critérios existentes, devem estar na base dessa distribuição, isto é, que critérios devem guiar-nos nessa distribuição.

O facto de não haver um limite ideal de custos financeiros para melhorar os cuidados de saúde prestados aos cidadãos, e o facto de sermos muitas vezes confrontados com situações em que “os princípios de justiça podem ser infringidos, comprometidos ou sacrificados,” tem suscitado algumas dúvidas acerca do que a justiça social deve exigir da sociedade e em saber até que ponto a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde e aos recursos disponíveis é um problema de justiça⁸⁵.

Uma vez que várias teorias da justiça distributiva são aceites, não tendo nenhuma por si só conseguido trazer coerência e amplitude à visão fragmentada de justiça social, os autores apresentam-nos os aspetos positivos das múltiplas propostas existentes com vista a determinar como distribuir ou, em alguns casos, redistribuir, encargos sociais, bens e serviços⁸⁶.

Na base das teorias da justiça está um “princípio formal de justiça” comum a todas elas. Esse princípio, tradicionalmente atribuído a Aristóteles, é o “princípio da igualdade” que estabelece que *casos ou pessoas iguais devem ser tratados de forma igual* e que *casos ou pessoas desiguais devem ser tratados de forma desigual*. No entanto, por si só, este princípio formal não é suficiente para determinar uma distribuição justa de bens, na medida em que não proporciona informação concreta acerca dos casos ou pessoas que são iguais, nem acerca dos critérios para determinar a igualdade, limitando-se a estabelecer que devemos dar a cada um o que é seu de direito.

Para que possamos ter alguma certeza de que estamos a agir em conformidade com as exigências da justiça distributiva, precisamos portanto de identificar os critérios materiais dessa mesma justiça, isto é, os critérios que nos permitam reconhecer o que é de facto relevante para que possa ser proporcionado um tratamento igualitário⁸⁷. Os princípios que especificam tais características são designados por “princípios materiais de justiça”. “Materiais” porque identificam as propriedades substantivas para a distribuição de direitos; é o caso do princípio da necessidade, o qual defende que os recursos sociais, incluindo os cuidados de saúde, devem ser distribuídos de acordo com as necessidades fundamentais. Quanto à questão de se saber quais são essas necessidades fundamentais, os autores afirmam que dizer que alguém tem uma necessidade fundamental equivale a dizer que alguém será fortemente prejudicado em algo

⁸⁵ Os autores citam Calabresi e Philip Bessit, *Tragic Choice* New York, 1966 : “por vezes situações de escassez forçam a sociedade a fazer escolhas trágicas” (PBE, pp. 240, 241).

⁸⁶ Cf. PBE, pp. 244-250. Os autores fazem uma análise de diversas teorias, desde as teorias utilitaristas às cosmopolitas (que não tratam na mesma secção), passando pelas teorias liberais, comunitárias e igualitárias.

⁸⁷ J.J. Ferrer, J.C.Alvarez, *Para fundamentar la bioetica: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, p. 142.

fundamental se a sua necessidade não for satisfeita, como ocorre, por exemplo, no caso da má nutrição. Embora este princípio seja um princípio material de justiça válido, é apenas um entre muitos, uma vez que há diversos princípios gerais válidos entre os princípios materiais de justiça distributiva, que apresentam um conjunto de obrigações, entre as quais a obrigação de dar a cada pessoa partes iguais, de acordo não só com as necessidades, mas também de acordo com o esforço, com a sua contribuição, ou com o seu mérito, por exemplo.

Para os autores, nada impede que aceitemos mais do que um destes princípios e destacam mesmo que algumas teorias de justiça os consideram todos como válidos. Cada um desses princípios materiais reporta-se assim a uma obrigação *prima facie*, cujo peso não pode ser avaliado independentemente dos bens particulares e dos domínios em que é aplicável. Dizer que esses princípios materiais são uma obrigação *prima facie* equivale a dizer que são uma obrigação cuja força vinculativa só pode ser adequadamente avaliada tendo em consideração as circunstâncias particulares em que o princípio se aplica. A dificuldade está então em conseguir identificar as obrigações que devem assumir maior relevância em cada situação concreta. O facto de uma tal tarefa ser geradora de conflitos entre princípios tem suscitado problemas morais sérios, cuja resolução passa, segundo os autores, não pela necessidade de hierarquização, mas pela necessidade de se submeterem a uma cuidadosa especificação e ponderação.

Os problemas da “justa oportunidade” não estão relacionados só com a justa distribuição (por exemplo, dos cuidados de saúde), mas podem estar relacionados também com a vulnerabilidade das pessoas com maior risco de virem a ser alvo das pesquisas biomédicas realizadas com seres humanos, como os pobres ou os prisioneiros, por exemplo⁸⁸.

Preocupados com esta questão, Beauchamp e Childress abordam neste capítulo o problema da inclusão dos mais desfavorecidos economicamente em pesquisas clínicas. Defendem que nada justifica que pessoas economicamente desfavorecidas sejam excluídas, como grupo, de participar nas referidas pesquisas, pois tal atitude seria, em seu entender, uma “forma paternalista de exclusão e de privação da justa oportunidade”, que iria contribuir para os marginalizar ainda mais. No entanto, os autores ressaltam que muitas dessas inscrições, apesar de corretamente classificadas como voluntárias, são com frequência fruto do desespero destas pessoas por falta de dinheiro, sendo este o principal, senão o único, motivo que as leva a aceitarem participar nessas pesquisas clínicas, mesmo sabendo que a oferta será proporcional ao

⁸⁸ Os autores identificam estas pessoas como pertencentes a “grupos vulneráveis”, sendo o conceito de “vulnerabilidade” frequentemente usado na ética biomédica para designar a maior suscetibilidade de algumas pessoas.

risco. Assim, quanto maior for o risco, mais atrativas serão as ofertas e consequentemente, mais atrativas serão para os mais desfavorecidos do ponto de vista económico⁸⁹.

A principal questão prende-se com a necessidade de encontrar uma forma de “atenuar o efeito negativo da lotaria de vida”, mediante a aplicação da “regra da oportunidade justa”, segundo a qual a população mais carenciada, como por exemplo os deficientes mentais, deve receber os benefícios necessários, mesmo que custem mais, para atenuarem os “efeitos infelizes da lotaria da vida”. Contudo, esta regra só seria aplicável no caso de estarmos perante pessoas que não foram responsáveis pelas suas deficiências, porque, no caso de o serem, poderiam não ter os mesmos direitos relativamente aos cuidados de saúde.

Os princípios materiais identificam propriedades relevantes que as pessoas devem possuir para se qualificarem para uma determinada distribuição de benefícios, mas somos confrontados com dificuldades teóricas e práticas em justificar as propriedades que são de facto relevantes.

Rejeitando qualquer modelo de sociedade que baseie as relações humanas em direitos e contratos que procuram construir uma única teoria de justiça, através da qual se julga toda a sociedade (como, por exemplo, a de J. Stuart Mill ou a de John Rawls), Beauchamp e Childress analisam as diferentes teorias da justiça, destacando as suas principais qualidades e falhas. Realizam essa análise centrando-se na moralidade das estruturas básicas da sociedade a partir das quais as escolhas morais são feitas e não na própria moralidade da escolha.

De acordo com a teoria utilitarista, a justiça é uma forma de obrigação criada pelo princípio da utilidade do qual depende o padrão de justiça. Este princípio de utilidade exige que procuremos maximizar o bem-estar social a partir daquilo que consideramos como socialmente útil. O problema moral estará, neste caso, em determinar em que consiste a utilidade social, uma vez que esta pode mudar a cada momento.

De acordo com as teorias liberais, uma sociedade justa protege os direitos de propriedade e liberdade, social e económica, dos cidadãos, permitindo que as pessoas melhorem as suas circunstâncias e protejam a sua saúde por sua própria iniciativa. Estas teorias, ao considerarem que os cuidados de saúde não são um direito e que o sistema de saúde ideal é privado, não se centram nem na utilidade pública, nem em encontrar os cuidados de saúde necessários aos cidadãos, mas antes em encontrar procedimentos legais justos que não permitam tomar coercivamente aquilo que é propriedade de uns, para beneficiar os outros. Assim, e segundo esta

⁸⁹ Neste ponto os autores associam “o que constitui um risco excessivo” a “um pagamento irresistivelmente atrativo” e distinguem “indução indevida” de “lucro indevido” decorrentes de uma distribuição injusta, considerando que, para se determinar um justo pagamento, o sujeito submetido às pesquisas não deve receber um pagamento injustamente baixo, enquanto o patrocinador da pesquisa recebe mais do que é justificado, visto que isso corresponderia a criar-se uma situação de lucro indevida decorrente de uma distribuição injusta (PBE, pp. 255, 256).

perspectiva, a sociedade será justa se tiver em consideração os direitos de cada um, quer no que diz respeito aos direitos de propriedade, quer no que diz respeito aos direitos de liberdade, não se devendo exigir da sociedade a obrigação moral de providenciar os cuidados de saúde. Este assunto tem sido amplamente discutido e não cabe ao presente trabalho desenvolvê-lo.

Acerca das teorias comunitárias, Beauchamp e Childress salientam o facto destas apresentarem uma visão pluralista dos princípios da justiça, decorrente de muitas e diferentes concepções de bens, de princípios e de práticas de justiça, que foram evoluindo.

Na abordagem que fazem das teorias igualitárias, destacam o facto de estas defenderem o acesso igual aos bens da vida que todas as pessoas racionais valorizam, invocando frequentemente critérios materiais de necessidade e igualdade. As teorias igualitárias defendem portanto que todos devem receber uma igual distribuição de certos bens relativos aos cuidados de saúde, mas não exigem a igual partilha de todos os possíveis benefícios sociais. Essa partilha refere-se apenas às igualdades básicas entre os indivíduos, pois admitem desigualdades que beneficiem os menos favorecidos, à semelhança do proposto pela teoria da justiça de John Rawls, à qual Beauchamp e Childress se referem como a mais célebre e recente teoria igualitária⁹⁰.

Segundo a teoria de justiça de Rawls, as pessoas imparciais estão de acordo em dois princípios de justiça fundamentais: aquele que exige que a cada pessoa seja permitida a quantidade máxima de liberdade básica - devendo esta ter uma medida similar à liberdade dos outros - e aquele que estipula que, uma vez assegurada a igual liberdade básica, as desigualdades de bens sociais primários (direitos e oportunidades) só serão permitidas se beneficiarem todos e se tiverem por base a justa igualdade de oportunidades.

A proposta mais atrativa do ponto de vista igualitário moderado consiste portanto na defesa daquilo que designam por “direito ao mínimo decente de cuidados de saúde”⁹¹. A proposta do “mínimo decente” é atrativa, não só porque exige o igual acesso de todos os cidadãos aos bens e recursos fundamentais da saúde, salvaguardando o seu direito ao mínimo de cuidados de saúde, como também porque nos oferece a possibilidade de estabelecer um

⁹⁰ Apesar da proposta de John Rawls acerca da justiça como equidade e acerca do princípio da diferença terem sido alvo de diversas críticas, a sua teoria da justiça tem servido de referência na procura de princípios que regulem a distribuição das vantagens sociais e a atribuição dos direitos e deveres entre os cidadãos e, embora John Rawls nunca tenha procurado as implicações da sua teoria da justiça na política de saúde, houve quem o tivesse feito. Beauchamp e Childress fazem referência a Norman Daniels, que defende um sistema de saúde justo baseado primeiramente no princípio de Rawls “justa igualdade de oportunidades”, considerando que a teoria de Rawls tem profundas implicações igualitárias para a política de saúde ao defender que “cada membro da sociedade, independentemente da sua riqueza ou posição, deve ter igual acesso a um adequado, embora não máximo, nível de cuidados de saúde, ou seja, o exato nível de acesso condicionado aos recursos sociais disponíveis e aos processos públicos de tomada de decisão” (PBE, p. 248).

⁹¹ PBE, p. 256.

compromisso entre os defensores das teorias liberal, utilitarista, comunitária e igualitária, ao incorporar algumas premissas morais defendidas por todas estas teorias.

Contudo, esta proposta apresenta algumas dificuldades. Uma delas é a dificuldade de determinar o que é que a justiça requer na forma de “mínimo decente”, sobretudo quando não se tem, nem é provável que se venha a ter, uma única teoria de justiça social exequível. Outra dificuldade consiste em saber se é possível que um indivíduo perca esse direito ao mínimo de cuidados de saúde, mesmo que o deseje preservar, só porque os seus problemas de saúde resultam das suas escolhas⁹².

Beauchamp e Childress não deixam de se questionar acerca da justiça com que a sociedade exclui este tipo de pessoas. Defendem que se deve começar por identificar as possíveis causas do problema, determinando se são naturais, devidas ao ambiente social ou a atividades pessoais. Se o problema for devido às atividades pessoais autónomas e se os riscos forem conhecidos pelos seus autores, poderemos, com justiça, atribuir-lhes responsabilidades, mas é extremamente difícil, senão impossível, isolar os fatores que estão na origem de uma doença, pois muitas vezes os problemas de saúde resultam da conjugação de predisposições genéticas e do próprio ambiente social, por exemplo.

A justiça social é então julgada pelo modo como implementa o bem-estar dos cidadãos, quer relativamente à sua segurança pessoal, quer à saúde, entre outros⁹³.

Para se proceder à justa fixação de prioridades no orçamento dos cuidados de saúde tendo em conta a limitação de recursos disponíveis, os autores recorrem ao termo “racionamento” entendendo-o como a “possibilidade de aceder ao montante atribuído mediante subsídios equitativamente distribuídos”⁹⁴.

⁹² Os autores dão a este respeito o exemplo dos pacientes que adquirem o HIV por prática sexual não segura ou por uso intravenoso de drogas, assim como de fumadores com cancro na língua ou alcoólicos que desenvolveram doenças de fígado. A partir destes exemplos concluem que parece injusto pedir que outros paguem mais (taxas) para suportar os tratamentos de pessoas que voluntariamente se envolveram em comportamentos de risco. Defender que é injusto, que uns paguem pelas oportunidades que outros desperdiçaram, não entra, neste contexto, em conflito com a regra da justa oportunidade, na medida em que são as próprias pessoas que incorrem voluntariamente em determinados riscos que reduzem as suas oportunidades (PBE, p. 262).

⁹³ Os autores fazem referência a Madison Powers e Ruth Faden, os quais defendem que a justiça social diz respeito à preocupação com o bem-estar do ser humano, nela se incluindo não apenas a saúde mas também a segurança pessoal, o raciocínio, o respeito, o apego e a autodeterminação, sendo a justiça das sociedades avaliada pelo modo como implementam estas seis dimensões. No que diz respeito à “política global de saúde e direito à saúde” (um dos subtemas deste capítulo dedicado à justiça), Beauchamp e Childress fazem referência à teoria cosmopolita que os influenciou. Esta teoria, que recebeu a influência de Peter Singer, contrasta com a perspectiva igualitária da justiça social anteriormente defendida pelos autores (PBE, p. 265).

⁹⁴ O termo “racionamento” significa uma forma de abono/subsídio/indeminização (‘allowance’), partilha/quota (‘share’) ou parcela (‘portion’) e está relacionado com a divisão em pequenas partes, à semelhança da divisão da comida em rações, como acontece no serviço militar, por exemplo.

Priorizar os recursos de saúde é um exercício de “racionamento” e levanta alguns problemas, como, por exemplo, o de determinar a quem dar prioridade sem violar a regra da justa oportunidade. Tem-se verificado que alguns tipos de racionamento, embora respeitem esta regra, geram conflitos. Assim, se o racionamento é feito com base na idade - dando-se naturalmente prioridade aos pacientes mais novos, uma vez que a idade pode ser um importante indicador da probabilidade de sobrevivência - não se está a violar a regra da justa oportunidade, mas está-se certamente a aumentar desnecessariamente o conflito entre gerações, podendo conduzir a algumas injustiças. Se o racionamento é determinado pelos potenciais benefícios para o paciente, está-se perante um outro tipo de problemas que suscita a questão da pertinência dos custos elevados de determinados tratamentos⁹⁵.

Beauchamp e Childress consideram que na tomada de decisão sobre quem irá receber os escassos recursos médicos disponíveis (os quais não poderão ser fornecidos a todas as pessoas carenciadas) devem ser combinadas duas perspectivas: a utilitarista, com a sua estratégia de “maximizar benefícios para os pacientes e a sociedade”, e a igualitarista, que defende “o igual valor das pessoas e as justas oportunidades”⁹⁶.

Como critérios que determinam um conjunto qualificado de potenciais benefícios para os pacientes, os autores apresentam: a “constituição” (que determina os limites sociais); os “progressos da ciência” (que determinam o uso de determinados recursos) e a “probabilidade de sucesso” (que determina a quem devem ser distribuídos os recursos)⁹⁷.

Detenhamo-nos nos dois últimos critérios. Quanto ao critério que tem por base os “progressos da ciência”, consideram que este poderá levar à exclusão controversa de determinados pacientes dum tratamento simplesmente porque sofrem, por exemplo, de outras doenças que podem interferir negativamente nos resultados da pesquisa. Quanto ao critério que tem por base a “probabilidade de sucesso”, consideram que os escassos recursos médicos devem ser distribuídos apenas aos pacientes que têm hipóteses razoáveis de beneficiar dos mesmos e que ignorar este fator é injusto porque leva ao desperdício de recursos⁹⁸.

⁹⁵ A este propósito é dado o exemplo dos transplantes de coração (cf. PBE, pp. 272, 273).

⁹⁶ PBE, p. 275.

⁹⁷ A introdução destas três categorias em que se dividem os critérios para determinar os potenciais benefícios para os pacientes não é originariamente proposta pelos autores mas por Nicholas Rescher como referem na nota 80 da obra PBE, p. 287.

⁹⁸ Como exemplo de desperdício de recursos os autores referem que muitas vezes se utilizam recursos, como o do transplante de coração, em determinados pacientes apenas pela urgência, pois não sobreviveriam sem eles, sem avaliar até que ponto sobreviverão após esse transplante. O que os leva a concluir que determinar a prioridade apenas pela urgência da situação é tão injusto como ineficaz e, por isso, o julgamento médico sobre a utilidade do tratamento, embora não seja suficiente por si só, também deve figurar na tomada de decisão acerca do racionamento de recursos (PBE, pp. 276-279).

Que conclusões podemos extrair da aplicação destes critérios? Que é legítimo invocar diferentes considerações para atribuir prioridades. Daí que os autores tenham examinado neste capítulo as diferentes teorias sociais e, embora tenham privilegiado as teorias igualitárias e utilitaristas, mantiveram a ideia de que nenhuma teoria é por si só suficiente para fundar adequadamente uma política de saúde. Todas têm limitações, ao mesmo tempo que apresentam aspetos defensáveis. Por isso, verificamos que são realçados elementos de uma teoria nuns aspetos e noutras circunstâncias são realçados elementos de outra teoria, e assim sucessivamente, sem que isso implique, segundo os autores, uma teoria ou perspectiva fragmentada ('piecemeal approach'), mas antes uma perspectiva geral que leve as sociedades a reconhecerem os direitos globais de saúde e o direito ao mínimo decente de cuidados de saúde, num enquadramento que incorpore normas utilitaristas e igualitaristas.

2.5 Especificação e implicações dos princípios éticos na relação *profissional/médico-paciente*

A necessidade de identificar os princípios que devem orientar a prática médica levou Beauchamp e Childress a prestarem especial atenção aos códigos de ética médica e ao problema da sua aplicabilidade. Entre as questões relacionadas com a prática médica destacaram sobretudo, a relação entre o profissional de saúde e o paciente – relação cuja abordagem terá certamente de ser devidamente contextualizada na contemporaneidade em virtude de não ser possível dissociar os problemas inerentes à relação *profissional-paciente* dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos que vão sendo postos ao dispor da medicina e que, em simultâneo, vão permitindo o acesso dos pacientes a uma considerável quantidade de informação nessa área.

No debate em torno dos princípios que devem orientar a relação *profissional-paciente*, quer filósofos, quer profissionais de saúde são confrontados com as consequências que os desenvolvimentos científicos e tecnológicos têm nessa relação. No entanto, nem todos se aperceberam ainda das profundas mudanças que esta relação tem vindo a sofrer e - como salientou Daniel Serrão num artigo sobre esta temática⁹⁹ - muitos médicos ainda não se deram conta das consequências de uma tal mudança, que tem vindo a tornar a relação *médico-paciente* cada vez mais complexa e exigente.

Não nos podemos esquecer que essa mudança de atitude dos pacientes está em grande medida relacionada com o fácil acesso destes a informações divulgadas através da internet e a tudo o que especialistas, ou não, publicam por essa via a respeito de decisões médicas sobre problemas concretos de saúde. Essas informações, embora possam não ser as melhores por

⁹⁹ Cf. Daniel Serrão, *Relação médico-doente na medicina hospitalar* (<http://www.danielserrao.com/noticias/>).

vários motivos, e embora alguns médicos possam não as legitimar, acabam por dar ao paciente um poder diferente daquele que o assistia no passado.

Estamos assim perante o problema de saber se será melhor delinear fronteiras que sejam respeitadas por ambas as partes ou encorajar os médicos a continuarem a assumir o seu poder sobre os doentes, sujeitando-os a regras de disciplina que limitam a sua liberdade e autonomia, com vista à criação de uma relação de dependência que muitos médicos continuam a considerar benéfica para ambos.

Uma prova dessa relação de dependência encontra-se, por exemplo, na ausência de uma explicação sobre as decisões e interações a que alguns pacientes poderão estar sujeitos numa situação de internamento. Essas explicações não lhes são dadas pela equipa de profissionais que os acolheu, ou são-lhes simplesmente negadas, porque, no entender destes profissionais, a justificação de que todos os procedimentos adotados são para o bem do paciente deverá ser suficiente para que este os aceite. É pois, com base neste pressuposto, que uma sujeição total do doente à vontade da equipa médica que o acompanha continua a ser entendida por muitos profissionais de saúde como “facilitadora” do processo.

Estamos assim perante um dilema entre o exercício da autoridade médica e a autonomia do paciente, dilema cuja resolução passará por não retirar ao paciente a sua autonomia, aquilo que Daniel Serrão definiu como “o seu principal pilar de dignidade”¹⁰⁰. Para isso dever-se-ão reconhecer as “lacunas” de um tipo de procedimento demasiado paternalista, em defesa da entrada plena do valor da autonomia do doente na ética médica hospitalar. No entanto, esse objetivo tem sido extremamente difícil de concretizar, na medida em que a necessidade de criar uma base jurídica do consentimento informado, apoiada num código de direitos dos doentes, tem levantado sérios problemas e tem levado por vezes os médicos a agir simplesmente “por motivos legais para satisfazer um imperativo legal e não porque tenham assumido a fundamentação ética”¹⁰¹.

Por um lado, parece consensual a ideia que o médico deverá respeitar a autonomia da pessoa, ao mesmo tempo que lhe presta um cuidado profissional, cujo objetivo benéfico não o deve impedir de saber como revelar informações pertinentes ao doente sobre o seu estado de saúde, sobre os meios de diagnóstico, e sobre a proposta de tratamento ou sobre o essencial do prognóstico. Mas, por outro lado, deparamo-nos com algumas dificuldades em conciliar esses deveres, sobretudo quando, por algum motivo, o doente não aceita o que o médico lhe propõe. A

¹⁰⁰ Daniel Serrão, *Relação médico-doente na medicina hospitalar* (<http://www.danielserrao.com/noticias/>).

¹⁰¹ Daniel Serrão, *Relação médico-doente na medicina hospitalar* (<http://www.danielserrao.com/noticias/>), “[...] a norma principal é a do consentimento informado, ainda tão mal compreendido entre nós e tantas vezes considerada como intromissão indevida do direito e dos tribunais na prática profissional dos médicos.”

questão imediata que daqui surge é a de saber se o paciente terá de facto esse direito. Para muitos profissionais de saúde continua a imperar a ideia de que o paciente não tem competência para tomar determinadas decisões, o que os leva a reagir a esse tipo de recusa com se fosse uma ofensa. Isto acaba por impedir os profissionais de saúde de procurar a melhor forma de reajustar o conteúdo da informação às necessidades do paciente. Com alguma frequência os profissionais de saúde esquecem-se da importância do processo de comunicação e da sua adequação à situação em que o paciente se encontra, aspeto que embora não pareça ser uma tarefa fácil, deverá ser trabalhado.

Assim, o facto de ser permitido ao paciente rejeitar a proposta do médico - desde que não se esteja perante uma situação que envolva algum tipo de risco para a saúde pública, caso em que será admitido o tratamento compulsivo - não quer dizer que aquele prescinda na totalidade dos esforços dos profissionais de saúde para resolverem o seu problema, ou seja, que o profissional de saúde deva deixar de procurar outras alternativas de tratamento.

Muitos médicos, como verificamos em algumas das suas publicações, manifestam também algum mal-estar perante a regra do consentimento informado, ou da informação para o consentimento e alertam para algumas das possíveis consequências do facto de, no atual ordenamento jurídico de alguns países – no qual se inclui o português - um médico poder vir a ter de responder em tribunal e vir eventualmente a ser condenado, por ter tratado um paciente sem o informar e sem ter obtido deste o assentimento formal para o referido ato médico. Esta situação poderá, no entender de Daniel Serrão, motivar a prática de uma medicina designada como “defensiva”, que não será benéfica para nenhuma das partes envolvidas¹⁰².

No entanto, importa salientar que muito do descontentamento que alguns pacientes revelam não se prende única e exclusivamente com um eventual erro no diagnóstico e, consequentemente, terapêutico, face às expectativas que a medicina aliada às novas tecnologias tem suscitado, mas com a relação, cada vez mais fria, desumana e precária, entre o profissional de saúde e o paciente¹⁰³.

¹⁰² Cf. Daniel Serrão, *As Comissões de Ética e a Investigação Clínica* (www.danielserrao.com. Conferências) – “o doente – eu direi mal-agradecido mas a exercer um direito que lhe confere a Constituição, o Código Civil e o Código Penal – pode apresentar queixa, provando que lhe não foi pedido o consentimento nem dada a informação leal, honesta e compreensível prevista nos dispositivos legais do ordenamento jurídico português atrás mencionados e ter ganho de causa”.

¹⁰³ Cf. Manuel J. Antunes, *A Doença da Saúde*, Quetzal Editores, 2001, pp. 125-138. “Há que mentalizar os profissionais, em geral, e os médicos e enfermeiros, em especial, para a nobreza da sua intervenção num momento de grande ansiedade e sofrimento para o doente e seus familiares. A humanização começa por dentro do sistema e dentro de cada um de nós”(p.128) Como parece defender o médico e professor universitário Manuel Antunes, assiste-se a uma crescente tendência para desumanização nas instituições da saúde, visível no distanciamento ou frieza entre os profissionais de saúde e o doente que é importante evitar.

A dificuldade em conciliar a autonomia do paciente (que requer ajuda) e o sentido de beneficência do médico (que pode e quer fornecer essa ajuda de acordo com os seus conhecimentos e experiências) tem constituído um fator de desequilíbrio na relação *profissional-paciente*. Grande parte desse desequilíbrio surge por falta de especificação e de ponderação dos princípios básicos inerentes a essa relação, falha essa que tem conduzido ao empobrecimento da relação entre ambas as partes.

Ora é para contrariar essa tendência que importa acompanhar a abordagem que Beauchamp e Childress fazem no oitavo capítulo da sua obra, onde procuram especificar, na forma de regras ou obrigações *prima facie*, os princípios morais relevantes para a medicina e para os cuidados de saúde em geral.

Para que o médico não transfira a responsabilidade de uma decisão para o paciente, distanciando-se dos resultados alcançados por não se sentir totalmente responsável por eles, nem opte pelo paternalismo exagerado, ou seja, para que considere o paciente mais como um parceiro do que como um subordinado, é fundamental determinar qual o papel de cada uma das partes envolvidas nesta relação. Só a compreensão do papel de cada um permitirá verificar até que ponto a opção médica de não respeitar a vontade do paciente, poderá ter alguma fundamentação ética. Para uma melhor perceção desta problemática, Beauchamp e Childress apresentam um conjunto de regras que especificam os princípios morais relevantes para a medicina e cuidados de saúde em geral: as regras da “veracidade”, da “privacidade”, da “confidencialidade” e da “fidelidade”.

Assim, ao abordarem a questão da relação *profissional-paciente*, mais do que interpretarem e especificarem os quatro princípios da ética biomédica - o do respeito pela autonomia, da não-maleficência, da beneficência e da justiça - concentraram-se antes nas suas implicações quanto à obrigação de “veracidade”, “privacidade”, “confidencialidade” e “fidelidade”, explorando os seus significados e limites nesse contexto.

Numa relação que envolva cuidados de saúde, em particular na *relação profissional-paciente*, como em qualquer outra relação interpessoal, é exigido o respeito mútuo entre ambas as partes envolvidas na relação. Daí que os autores considerem fundamental a obrigação de veracidade, que tem por base o respeito mútuo.

À regra da veracidade no âmbito dos cuidados de saúde está associado o dever de honestidade para com os pacientes, sendo para isso necessário tornar compreensível a transmissão de informação, a qual deverá ser o mais precisa e objetiva possível, uma vez que o paciente tem o direito à informação sincera/verdadeira sobre o seu diagnóstico, prognóstico ou

procedimentos, assim como o profissional de saúde tem o direito à comunicação sincera do paciente acerca do que sente e pensa¹⁰⁴.

Como estamos perante mais uma obrigação *prima facie*, a veracidade não é uma obrigação absoluta, e por isso a aplicação da regra da veracidade implica uma cuidadosa gestão da informação médica (sobretudo quando se está perante um diagnóstico de cancro ou um prognóstico de morte eminente, por exemplo), que poderá incluir: limitar a informação a divulgar ou simplesmente não a divulgar ou mesmo, por estranho que pareça, mentir. Segundo os autores, todas estas opções são justificadas quando a obrigação de veracidade entra em conflito com outras obrigações¹⁰⁵.

Coloca-se então a questão de saber que fatores podem ser tidos em conta para decidir o que dizer ao paciente - se a idade do paciente, o desejo dos familiares e, neste caso, se o médico tem o direito de revelar primeiramente a informação à família do paciente sem o consentimento prévio deste, a estabilidade emocional e inteligência do paciente - e se os médicos devem ou não divulgar as “más notícias”. Deverá o médico divulgar uma “má notícia”, mesmo sabendo que isso poderá pôr em causa a sua obrigação de beneficência e de não-maleficência? É precisamente devido ao facto da obrigação de veracidade poder causar no paciente efeitos nocivos (que podem ir da ansiedade à destruição de qualquer esperança que acabe por “retardar ou impedir evoluções terapêuticas” e, em casos extremos, “conduzir a que o paciente cometa suicídio”) que esta deverá ser entendida como uma obrigação *prima facie*¹⁰⁶.

Se, por um lado, o argumento consequencialista de que “o que não se sabe não nos pode magoar ou prejudicar” parece adequado - e por isso os médicos não deverão divulgar uma “má notícia” para evitarem que a situação piore, em vez de melhorar, - por outro lado, podemos apresentar objeções a esse argumento na medida em que não estamos em condições de avaliar ou prever os efeitos que decorrerão de alertar alguém para os perigos que corre, pois cada paciente é único e nunca poderemos ter a certeza de como irá reagir.

O argumento usado para limitar a divulgação de informações clínicas aos pacientes surge assim associado ao facto de não podermos saber toda a verdade e, mesmo que os profissionais de saúde pudessem conhecer toda a verdade, muitos dos pacientes não seriam capazes de entender o seu alcance e as implicações da informação divulgada, em parte devido à própria complexidade do que se comunica.

¹⁰⁴ A revisão feita em 2001 pela Associação Médica Americana aos princípios da ética médica, indica que “the physicians shall be honest in all professional interactions” (PBE, p. 288).

¹⁰⁵ Cf. PBE, p. 289.

¹⁰⁶ Cf. PBE, p. 290.

É neste enquadramento que surge a necessidade de implementar normas que salvaguardem o valor terapêutico da esperança para os pacientes e estabeleçam como principal virtude a compaixão ou simpatia (a qual acaba, muitas vezes, por substituir a veracidade). Normas como estas reforçam a necessidade de revelar gradualmente, e não de uma só vez, as “más notícias”, pois “a divulgação por fases ajuda claramente a manter a esperança dos pacientes”¹⁰⁷.

Igualmente essencial na relação *profissional-paciente* é a observância da regra da privacidade. No entanto, se esta entrar em conflito com outros interesses, pode conduzir legitimamente à perda de privacidade.

A regra da privacidade está relacionada com o controlo que cada um consegue exercer sobre o acesso a si mesmo, ou seja, com o poder de cada um para proteger os seus direitos, quer quanto à informação que autoriza que os outros tenham de si, quer relativamente aos seus interesses, quer relativamente às suas escolhas pessoais. Daí que a regra da privacidade possa surgir como privacidade de informação (proteção do espaço pessoal de cada um), de decisão (proteção das escolhas pessoais), de propriedade (proteção dos interesses pessoais) e de relação/associação (proteção das relações pessoais íntimas)¹⁰⁸.

A perda de privacidade ocorre então quando alguém usa alguma destas formas de acesso intervindo no nosso anonimato, o que acontece muitas vezes na prestação de cuidados de saúde; Beauchamp e Childress mencionam os casos dos testes para triagem dos portadores de HIV (testes esses que envolvem alguma perda de privacidade, em virtude de outras pessoas terem acesso a informação privada) e dos tratamentos dos pacientes com tuberculose ativa¹⁰⁹. Embora nestes casos se possa não estar a desrespeitar o direito moral do paciente à sua privacidade, sobretudo se estes se submetem voluntariamente a esses testes e tratamentos, a questão está em saber se, em certas circunstâncias, não se deverá tornar obrigatória a sujeição a testes e tratamentos de modo a evitar males maiores¹¹⁰.

¹⁰⁷ PBE, p. 292.

¹⁰⁸ Estas quatro formas de privacidade são identificadas por Anita Allen (PBE, p. 296).

¹⁰⁹ Cf. PBE, p. 298.

¹¹⁰ Os autores para especificarem as regras e direitos à privacidade apresentam três exemplos: ‘voluntary-universal screening’, ‘compulsory-universal screening’ e ‘voluntary-selective screening’ e fazem referência à 1ª ed. da obra, na qual rejeitavam uma triagem voluntária universal e consideravam que a triagem compulsória universal deveria ser revista sob diversas condições. Passados estes anos, e apesar dos avanços da ciência que permitiram tornar, em alguns casos, os sintomas dos portadores de HIV como sintomas de uma patologia crónica, continua a considerar-se difícil de justificar a triagem voluntária universal em termos de custo-eficácia e custo-benefício e alguns autores continuam a considerar impossível de justificar a obrigatoriedade de uma tal triagem. Contudo, considera-se que pode ser justificada uma triagem voluntária seletiva. Contrariamente às doenças associadas ao HIV, no caso da tuberculose, devido ao facto de apresentar um elevado risco de transmissão, a obrigação de respeitar a privacidade e a autonomia deve ser ditada prioritariamente por políticas de submissão voluntária para

Apesar de haver situações em que o risco de perda de privacidade é elevado, também há situações em que o respeito pela regra da privacidade inclui o direito da pessoa de abdicar dela, permitindo aos outros o acesso à sua informação pessoal ou ao seu corpo em contexto terapêutico. Tal opção não desrespeita o direito da pessoa à privacidade, porque o acesso à informação foi por esta autorizado. Contudo, se se procura obter informação clínica confidencial a respeito de um paciente, sem prévia autorização deste, já se está a infringir o direito à privacidade.

Beauchamp e Childress afirmam que, quando acedemos a informação pessoal acerca de uma pessoa sem que esta o tenha autorizado, podemos estar a infringir não só o seu direito à privacidade, como também o seu direito à confidencialidade, regra que, relembram, remonta à época de Hipócrates. Contudo, desrespeitar o direito de privacidade não é exatamente o mesmo que desrespeitar o direito à confidencialidade: enquanto o desrespeito à privacidade se dá quando uma pessoa, sem autorização, acede a informação confidencial de outra, quer tenha ou não uma relação de confidencialidade, o desrespeito pela confidencialidade só ocorre quando há uma relação confidencial, ou seja, quando a pessoa ou instituição a quem a informação foi divulgada em confidência falha na proteção dessa informação, ou deliberadamente a revela a alguém que à partida não obteve esse consentimento.

Assim, a confidencialidade é uma regra *prima facie* que está presente quando alguém revela a outrem uma informação com a promessa de este não a revelar, sendo desrespeitada se “a pessoa que prometeu não divulgar a informação confidencial a divulga a terceiros, sem a permissão do confidente”. Isto porque “uma informação confidencial é privada e se for voluntariamente partilhada sê-lo-á com base na confiança”. Por isso, se essa informação é indevidamente divulgada a outros, deixa de ser privada e perde-se a confiança¹¹¹.

O problema está então em saber se existirá algum tipo de informação que possa ser legalmente considerada como confidencial. Em caso afirmativo, como poderemos justificar a obrigação de confidencialidade? Tanto mais que, como é sabido, na maioria das vezes, o médico não está em condições de fazer um diagnóstico rigoroso se não tiver acesso a toda a informação clínica dos exames e testes realizados ao paciente. Estamos assim perante um dilema moral em que somos uma vez mais confrontados com circunstâncias cuja obrigação moral exige que optemos entre duas alternativas que nos parecem incompatíveis.

controlar a epidemia, podendo medidas como a quarentena ou o isolamento, entre outras, serem justificadas (Cf. PBE, pp. 299, 300).

¹¹¹ Cf. PBE, p. 304.

Beauchamp e Childress consideram a este propósito dois tipos de argumentos *prima facie* que poderão justificar a regra de proteger a confidencialidade: um consequencialista, outro não consequencialista. De acordo com o argumento baseado nas consequências, poder-se-ão abrir exceções à regra da confidencialidade sempre que as circunstâncias o exijam. Por exemplo, se um paciente confidenciar ao médico o seu intuito de prosseguir com uma ação que irá prejudicar terceiros, não parece legalmente admissível que este respeite a regra da confidencialidade¹¹². De acordo com o segundo argumento, baseado na autonomia, só a particularidade de cada caso poderá determinar se é justificável que o profissional de saúde viole a obrigação de confidencialidade. Para isso terá de fazer o balanço entre o que poderá trazer maiores riscos, se a probabilidade de um mal se materializar ou a obrigação da confidencialidade. Neste caso, a proteção da regra da confidencialidade só poderá ser justificada se as circunstâncias a legitimarem e se o balanço profissional de eventuais riscos a viabilizar.

Por fim, os autores apresentam outra regra que também consideram central na relação *profissional-paciente*, a regra da fidelidade. A regra que impõe a obrigação de fidelidade surge como imperativa sempre que o médico ou outro profissional de cuidados de saúde estabelecem uma relação significativa com o paciente, pelo que abandonar o paciente é, neste enquadramento, uma “quebra de fidelidade”, é uma “deslealdade”¹¹³.

Ao analisarmos cada uma destas regras, verificamos que, em certos casos, uma determinada obrigação (que envolva, por exemplo, interesse individual das pessoas) pode tornar-se incompatível e irreconciliável com outra obrigação (que envolva, por exemplo, interesses financeiros que estão por detrás de determinadas decisões), dificultando a escolha moral.

A este propósito, Beauchamp e Childress dão o exemplo de diversos conflitos de interesses que têm frequentemente enfraquecido ou ameaçado a regra tradicional de fidelidade, conflitos que podem surgir entre, por exemplo, a obrigação para com os pacientes (sobretudo quando se trata de crianças) e os interesses dos seus familiares ou das instituições, ou seja, entre o interesse individual dos pacientes e os interesses financeiros que estão por detrás de determinadas decisões e a obrigação de respeitar a regra da honestidade e

¹¹² Os autores alertam para o facto de o dever médico de confidencialidade para com o paciente poder implicar que este seja encarado como cúmplice de um crime, como se pode verificar no exemplo que dão, de um médico que foi acusado em tribunal de ser responsável pela morte de uma pessoa por não ter divulgado toda a informação que dispunha sobre o paciente. Isto mostra que existem casos em que a regra da confidencialidade deve ser quebrada para proteger potenciais vítimas, sobretudo se o cumprimento desta põe em causa a vida ou saúde de inocentes, como é o caso de doenças contagiosas, de abuso de menores, ferimentos de bala, etc. (Cf. PBE, p. 306).

¹¹³ PBE, p. 311.

imparcialidade¹¹⁴. Também aqui se coloca a questão de saber como dirimir esses conflitos e com base em que critérios.

2.6 Breve análise do problema da justificação ética e da operacionalização dos princípios da bioética

Analisar o problema da justificação ética e da operacionalização dos princípios propostos por Beauchamp e Childress implica que se tome em consideração que se, por um lado, Beauchamp e Childress nos alertam para a existência de consensos quanto ao ensino, prática e pesquisas biomédicas, por outro lado, deixam registado o seu parecer quanto à existência de poucos consensos no que diz respeito ao método de obtenção e justificação das conclusões morais.

Encontrar as razões relevantes e suficientes para suportar ou justificar uma tomada de decisão ética implica refletir acerca dos princípios que a fundamentam, uma vez que estes são os instrumentos práticos, ou indicadores normativos, essenciais a qualquer juízo moral.

Na avaliação que fazem dos modelos mais influentes de operacionalização dos princípios na ética biomédica, os autores recusam, quer o modelo estritamente baseado numa perspectiva dedutivista de inspiração lógico-matemática ('top-down model'), ou seja, um modelo que envolva apenas premissas dadas *a priori*, quer o modelo baseado numa perspectiva estritamente indutivista ('bottom-up model'), ou seja, um modelo que envolva apenas a observação e a experimentação, pois consideram que tanto um como outro são, por si sós, insuficientes para a justificação moral em casos difíceis¹¹⁵.

O problema do modelo dedutivo está precisamente no facto de criar um leque infinito de possíveis justificações assentes num conjunto de premissas credíveis, sem permitir que se chegue a uma justificação final. Teoricamente poder-se-ia resolver este problema apresentando um princípio que se justificasse por si próprio, mas provar a existência de um tal princípio que ocupasse esse estatuto de justificar todos os outros princípios ou regras seria extremamente difícil para qualquer teoria ética, pois nenhum princípio teria peso suficiente para se destacar na resolução de todos os conflitos morais.

O problema do modelo indutivo reside no facto de o confronto entre vários casos particulares similares, posteriormente generalizados numa norma que serve apenas de referência

¹¹⁴ Os autores consideram que, embora a divulgação dos interesses financeiros não seja uma prática comum em medicina, os médicos têm a obrigação ética de divulgar os conflitos de interesses económicos, como o mínimo ético exigido pela fidelidade e honestidade (Cf. PBE, pp.311-315).

¹¹⁵ Cf., PBE, pp. 368-370.

provisória, não tornar o debate moral mais eficaz, uma vez que tem por base normas cujas referências são pouco seguras.

Assim, tanto os princípios gerais ('the top'), como os casos paradigmáticos ('the bottom') carecem de algo suplementar que justifique as decisões morais. Como referem os autores, tanto os princípios necessitam ser especificados em casos concretos, como a análise de casos concretos precisa de ser feita a partir de princípios gerais e por isso é necessário um terceiro modelo. Beauchamp e Childress propõem assim um modelo que designam por "equilíbrio reflexivo" ('reflective equilibrium'), equilíbrio esse que consiste num processo de avaliação dos pontos fortes e fracos de todos os juízos morais possíveis, dos princípios que os fundamentam e das teorias que os suportam¹¹⁶.

Perante o facto de não haver nenhuma teoria dominante que proporcione uma justificação moral adequada a todos os casos, mais do que partir de princípios gerais pré-existentes, demasiado abstratos e extensivamente indeterminados, a vida moral exige que o processo de especificação e de ponderação passe por um exame reflexivo, o mais coerente possível, acerca das tomadas de decisão moral. Assim, sem que sejam distorcidas, as nossas decisões morais devem ser modificadas ou reajustadas, incorporando tanto quanto possível a variedade de crenças legítimas, até alcançarmos um equilíbrio estável.

Mas, ao admitirem alguma versatilidade na resposta aos conflitos morais, estarão os defensores do principialismo a contribuir para uma proposta diferente daquela que assenta em princípios morais demasiado gerais que, como vimos, se revelaram incapazes de nos servirem de guias para a ação moral em situações concretas? Como conciliar essa versatilidade com a exigência de alguma objetividade na resolução dos problemas morais?

O facto de nos apresentarem os conflitos morais como impossíveis de resolver *a priori*, com base numa hierarquia pré-estabelecida, não quer dizer que os autores não reconheçam a necessidade de encontrar uma forma de evitar a arbitrariedade ou o relativismo moral. Apesar de admitirem ser impossível no campo da moralidade eliminar totalmente o relativismo, o que nos parece realista, afirmam na obra *Principles of Biomedical Ethics* que a mesma se dirige a evitar esse relativismo no âmbito biomédico¹¹⁷. Assim, será precisamente para evitar que a resolução de conflitos nesse campo seja demasiado subjetiva e para impedir que um mesmo caso possa ser resolvido arbitrariamente sem se conhecer bem o seu contexto, que nos propõem, quer a "especificação", quer a "ponderação" dos princípios éticos de modo a torná-los consistentes. Contudo, a "ponderação" constitui um instrumento de resolução de conflitos pouco eficaz devido

¹¹⁶ Cf., PBE, pp. 381-383.

¹¹⁷ Cf., PBE, p. 164.

à subjetividade com que pode fazer prevalecer princípios diferentes numa mesma situação, e a “especificação”, embora mais eficaz, também nos permite chegar a conclusões contrárias perante um mesmo caso.

Assim, embora admitam a possibilidade de chegarmos a conclusões morais contrárias perante uma mesma situação, e não tenham como objetivo criar regras diretamente aplicáveis a cada situação de conflito (desafio que seria interessante tentar realizar), os autores apresentam-nos um conjunto de regras específicas que servem apenas de diretrizes. Tais diretrizes são essenciais para que possamos efetuar uma escolha fundada em boas razões, isto é, para que possamos saber qual a melhor decisão a tomar e qual a melhor postura ético-profissional a adotar. Assim, se a “especificação” e a “ponderação” têm sido apontadas como insuficientes para justificar adequadamente as decisões tomadas no campo da biomedicina, isso não quer dizer que os princípios propostos pelos autores sejam meros “slogans”, utilizando a expressão de Clouser e Gert¹¹⁸.

Os princípios éticos propostos por Beauchamp e Childress, embora possam ser acusados de demasiado gerais e de difícil aplicabilidade, acabam por contribuir eficazmente, como diretrizes, para as tomadas de decisão num campo tão complexo como é o da biomedicina.

Estamos portanto perante uma proposta que, com base num processo contínuo de especificação e de ponderação de princípios, visa contribuir para o progresso na fundamentação das decisões biomédicas. Assim, sem nos darem uma base moral suficientemente adequada a todos os casos, e por isso, sem nos apresentarem uma base única e definitivamente segura para as nossas deliberações morais, Beauchamp e Childress consideram que a sua proposta não traduz uma “visão utópica com base na qual não se possam fazer progressos”¹¹⁹.

¹¹⁸ Cf. D. Clouser, B. Gert. "A Critique of Principlism", in *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*. Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, 1997, pp. 153-157.

¹¹⁹ PBE, p. 383.

CONCLUSÃO

A operacionalização do modelo principialista no campo da biomedicina tem suscitado algumas dúvidas e consequentemente levou os seus críticos e defensores a procurarem melhores fundamentações. A questão acerca da eficácia deste modelo no mundo contemporâneo é neste trabalho entendida como uma das questões mais pertinentes a debater e cuja análise exige que se tenham em consideração alguns aspetos essenciais para a sua compreensão.

Há que recordar que a reflexão acerca do problema da operacionalização do modelo principialista exige que se tenham em consideração as inúmeras mudanças ocorridas no campo científico-tecnológico, com reflexos na moralidade comum e na própria bioética. Entre essas mudanças verificamos que, se no passado a intenção benevolente do agente, podia ser apontada como o princípio ético fundamental da prática médica, capaz de justificar a sua ação nesse campo, atualmente não se reconhece nem o dever, nem o direito de fazer determinadas experiências em seres humanos, ou aplicar-lhes determinadas terapias, mesmo que estas possam ter como consequência salvar-lhes a vida, curá-los ou permitir-lhes obter alguma vantagem pessoal, sem um consentimento prévio.

Vivemos pois numa época em que não se admite como base da decisão ética, no campo da biomedicina, ter em consideração apenas um ou outro princípio - por exemplo, os princípios da beneficência, da não-maleficência ou do respeito pela autonomia da pessoa - mas se exige uma pluralidade de princípios morais relacionados entre si e frequentemente em conflito uns com os outros.

Ora, é essa proliferação de princípios que se têm vindo a assumir como paradigmáticos para orientar e justificar determinadas práticas, nomeadamente no campo da medicina, e a comprovação da dificuldade em encontrar princípios éticos que possam ser consensualmente aceites como válidos em todas as circunstâncias, que levaram Beauchamp e Childress a procurarem integrar os princípios éticos nucleares num modelo de princípios válidos *prima facie* - um modelo constituído por quatro princípios éticos que devem ser *prima facie* respeitados.

Dizer que um princípio ético será *prima facie* respeitado, é dizer que será respeitado desde que não existam boas razões para não o fazer. Ora foi precisamente por se admitir a possibilidade de haver boas razões para não seguir determinado princípio, que o problema da justificação ética se colocou ao longo deste trabalho.

O facto de ser permitido, em algumas circunstâncias, apresentar bons motivos para não seguir determinado princípio ético, aliado ao facto de haver uma pluralidade de princípios morais em conflito, sem que existam teorias éticas consensuais, tornou imperioso que o debate ético se centrasse mais na procura de possíveis pontos de convergência entre os princípios considerados nucleares, do que na tentativa de alargar o elenco de princípios ou de estabelecer uma prioridade entre eles que resulte numa hierarquia válida *a priori* - tarefa para a qual os autores da obra *Principles of Biomedical Ethics* deram um contributo muito significativo.

Encontrar esses pontos de convergência entre princípios éticos é uma tarefa extremamente complexa em virtude da multiplicidade de fatores a ter em consideração na tomada de decisão ética. Veja-se o caso da multiplicidade de fatores a ter em consideração, por exemplo, na atual prática médica. Esta tem vindo a adquirir, cada vez mais, uma dimensão social que torna imperativo que a resolução de conflitos éticos nesse âmbito deixe de estar circunscrita aos profissionais de saúde, para passar a fazer parte dos interesses de outros sectores da sociedade.

Neste sentido, não é legítimo abordar a relação médico-paciente sem tomar em consideração, quer o princípio da autonomia do paciente, quer o princípio da beneficência e da não-maleficência do profissional de saúde, quer ainda os valores da sociedade - na qual vivem médico e paciente - quanto à aplicação do princípio da justiça. Também não será suficiente proceder a uma sistematização de princípios fundamentados na moralidade comum, que possam servir de guias orientadores das decisões biomédicas, sem os submeter a todo um trabalho de especificação e de ponderação. Só deste modo se poderá evitar algum relativismo ou arbitrariedade nas tomadas de decisão éticas, permitindo a quem optou por não seguir determinado princípio, apresentar justificações devidamente fundamentadas dos motivos que o levaram a cometer aquilo que poderia ser considerado, de outro ponto de vista ético, uma “transgressão”.

Sem dúvida que o trabalho de especificação e de ponderação de princípios – como, o princípio do respeito pela autonomia do paciente e o princípio da justiça, para além dos tradicionais princípios da ética hipocrática - realizado por Beauchamp e Childress permitiu, quer aos seus seguidores, quer aos seus críticos, alargarem o debate ético e obterem uma melhor compreensão da dimensão ética de determinados problemas. Entre estes destacamos, por exemplo, o problema de saber em que consiste exatamente o respeito pelo direito da pessoa a decidir sobre questões essenciais à sua vida e às suas preferências, assim como o de saber em que consiste a justiça enquanto equidade, isto é, enquanto disposição para reconhecer igualmente o direito de cada um a partir das suas diferenças.

No entanto, e apesar da análise da sexta edição da obra *Principles of Biomedical Ethics* ter permitido não só identificar de forma clara os problemas éticos mais comuns no campo da biomedicina, como também tomar uma maior consciência da complexidade que a resolução desses problemas envolve, permanecem ainda algumas dificuldades. Entre essas dificuldades destaca-se o problema da operacionalização dos princípios éticos propostos, ao mesmo tempo que se procura compreender de que modo, esses princípios, integrados num único modelo - diferente dos anteriores - contribuem para que o modelo principialista continue a ocupar um lugar central no debate bioético.

Entre os diferentes problemas éticos abordados, destacaram-se muitos pela pertinência da inquietação que suscitam, sobretudo naqueles que mais se preocupam com a questão da melhoria da qualidade de vida do ser humano.

A reflexão em torno da questão de saber a quem dar prioridade no acesso a bens essenciais que se revelam escassos, respeitando simultaneamente a necessidade de promover a igualdade de tratamento em situações iguais, parece fulcral para que se deem passos importantes no sentido de diminuir as desigualdades na distribuição de recursos, sobretudo na área da saúde.

Compreender as dúvidas com que se debatem os profissionais de saúde, em particular os médicos, acerca dos procedimentos a tomar perante determinadas terapias que, para além de envolverem algum sofrimento, aliado a uma grande carga emotiva, ainda exigem que se pondere acerca dos riscos e dos custos, face a eventuais benefícios, acerca dos direitos e deveres de todos os envolvidos, parece igualmente fundamental para que a relação médico-paciente se possa tornar mais equilibrada e eficaz.

A necessidade de identificar os procedimentos éticos que devem estar na base de uma decisão médica, moralmente difícil, ou seja, a reflexão em torno da questão de saber o que é de facto imprescindível à tomada de decisão ética no campo da biomedicina, corre o risco de ser considerada uma tarefa “utópica”. No entanto, a aspiração a encontrar pontos de referência seguros nessas tomadas de decisão, constitui um desafio que irá certamente contribuir para clarificar em que situações concretas se devem exigir determinados procedimentos por parte de quem trabalha na área da saúde.

Sem pretenderem que a sua proposta constitua uma teoria ética, mas desejando apenas apresentarem princípios *prima facie* que expressem as normas gerais da moralidade, Beauchamp e Childress expuseram todo um conjunto de princípios que, em seu entender, exercem um papel vital na ética biomédica.

Os autores, ao considerarem que tais princípios constituirão os pontos de partida mais adequados às decisões éticas no campo da biomedicina, defendem que estes princípios devem

funcionar, em geral, como diretrizes para a formulação de regras mais específicas que visam apoiar as nossas decisões. Assim, confrontamo-nos com regras para as decisões autónomas (no caso do princípio do respeito pela autonomia); para evitar causar o mal (no caso do princípio da não-maleficência); para aliviar, diminuir ou prevenir os danos e fornecer benefícios, equilibrando benefícios, riscos e custos (no caso do princípio da beneficência) e ainda para permitir uma distribuição justa de benefícios, riscos e custos (no caso do princípio da justiça).

Daí que, para além dos princípios nucleares da ética biomédica, Beauchamp e Childress nos apresentem os diferentes tipos de regras que interagem umas com as outras e que especificam princípios: as *regras de fundo* que definiram como “substantivas” (‘substantive rules’), entre as quais se encontram a regra de “dizer a verdade”, da “confidencialidade”, da “privacidade”, da “renúncia ao tratamento”, do “consentimento informado” e do “racionamento” dos cuidados de saúde; as *regras de autoridade*, que determinam quem deve substituir os agentes incapazes de tomar decisões - designadas por “regras de substituição de autoridade” (‘surrogate authority’) - e as regras *procedimentais* (‘procedural rules’), que estabelecem procedimentos a seguir em determinadas circunstâncias, quando as anteriores não são suficientes.

Embora os autores considerem que está ao alcance de qualquer pessoa reconhecer a importância de obedecer às regras morais básicas - como a de “não mentir”, “não matar”, “não roubar”, “manter uma promessa”, “respeitar os outros”, etc., - alertam para o facto de o objetivo da ética não ser debater acerca do mérito da aceitabilidade destes compromissos morais, mas sim debater o preciso significado desses compromissos morais, a sua aplicabilidade ou alcance, e o seu peso ou força, em relação a casos difíceis.

Pensar que a reflexão ética no campo da biomedicina possa ser entendida apenas como um contributo para o enriquecimento do debate bioético, sem procurar mediante o diálogo interdisciplinar fundamentar os princípios e normas que devem orientar as decisões nesse âmbito, parece algo redutor. Daí que, após a especificação dos quatro princípios éticos e suas implicações nos cuidados de saúde, à luz do principialismo de Beauchamp e Childress, se tenha procurado no presente trabalho mostrar como estes autores - ao juntarem aos princípios tradicionalmente aceites na ética médica (beneficência e não-maleficência), outros dois princípios que, até então, não faziam parte das considerações éticas da prática médica (autonomia e justiça) - contribuíram para a construção de um sistema que muitos creem facilitador da vida moral.

No entanto, o presente trabalho teve como objetivo não só apresentar as potencialidades da proposta principialista, sobretudo na forma como procurou legitimar determinadas decisões éticas - o que justifica que o modelo principialista continue a ocupar um lugar de destaque no debate bioético - mas também revelar algumas das fragilidades desta proposta. Tais fragilidades

não se prenderão certamente com a possibilidade dos seus autores terem traçado um caminho falacioso, mas apenas com o facto desse caminho - que se pretende traçado com base na neutralidade - não permitir que se destaque um princípio seguro, isto é, um princípio que seja, por si só, capaz de contribuir eficazmente para a resolução de todos os casos particulares da vida que envolvam problemas morais.

Ao incluir ideais morais não vinculativos que algumas pessoas desejam seguir, a proposta de Beauchamp e Childress teve ainda o mérito de apresentar uma visão da moralidade que não é, nem “absolutista”, nem meramente “relativista”, em parte devido ao facto de exigir que se aplique às deliberações morais um método que consiste na ponderação e especificação dos princípios *prima facie* propostos.

Uma análise atenta das estratégias de ponderação e especificação revela a confluência de duas tendências opostas no principialismo de Beauchamp e Childress: a deontológica (não consequencialista) e a utilitarista (consequencialista). Como é possível conciliar estas duas tendências sem dar azo a que a sua proposta seja qualificada de “esquizofrénica” - expressão utilizada por Clouser e Gert - foi o que procuraram mostrar ao postularem um deontologismo menos estrito ou menos rígido do que o deontologismo kantiano - na medida em que defendem a existência de obrigações, mas estas admitem sempre exceções - e, em simultâneo, um utilitarismo também moderado - que exige que se tenha em consideração um conjunto de fatores ou de circunstâncias nas tomadas de decisão ética.

A moralidade das ações não depende portanto para os nossos autores, única e exclusivamente das consequências, mas depende também de outros critérios ou de uma pluralidade de princípios que não obedecem a uma hierarquia. Mas, se é verdade que neste sentido se apresentam como deontologistas moderados, é verdade também que sustentam que os princípios obrigam apenas quando as circunstâncias o justificam, afirmando-se igualmente partidários do utilitarismo, ainda que moderado.

Coloca-se então a questão de saber se será correto do ponto de vista ético permitir que todas as normas morais possam ser justificadamente substituídas em determinadas circunstâncias? Para alguns autores não há nenhum sistema moral que passe sem a necessidade de proclamar algum princípio absoluto. Nesta perspetiva, como caracterizar o modelo principialista proposto?

Ora, foi precisamente por considerarem que é um erro estabelecer antecipadamente prioridades entre os princípios que devem orientar a ação ética, que Beauchamp e Childress se propuseram a realizar uma análise detalhada de cada um dos quatro princípios, colocando-os ao mesmo nível. A falta de hierarquia de princípios, segundo os autores, não impede que seja

possível, em determinadas situações de conflito, sobrepor uns a outros. Assim, ter-se-á que analisar bem cada situação particular para saber qual dos princípios terá a primazia nessa situação concreta e apostar no bom senso de cada indivíduo em encontrar a solução mais adequada e coerente.

O facto de sermos confrontados com diferentes dilemas éticos, sem que tenhamos uma única chave para a sua solução, leva-nos a colocar determinadas questões, como a de saber que garantias temos de acertar na melhor opção, quando a vida moral está repleta de conflitos entre possibilidades que se nos apresentam como igualmente legítimas. Ou, como poderemos, com base em obrigações indeterminadas, resolver os problemas que a prática médica suscita? Ou ainda, como se processa e a que obedece a avaliação da importância de um determinado princípio em relação a outro, para a resolução de casos concretos?

Para responderem a questões como estas, os autores procuraram apresentar possíveis soluções para o conflito entre princípios éticos e é nesse sentido que a proposta principialista surge como aquela que mais ferramentas tem proporcionado para reduzir algumas das incertezas em áreas tão complexas como a da biomedicina.

Sem respostas *a priori* para cada situação, sem estabelecer um único princípio nem uma hierarquia de princípios, visto que não reconhecem a existência de regras morais absolutas, mas apenas obrigações dependentes das circunstâncias, Beauchamp e Childress têm tido o grande mérito de estimularem o debate em torno de situações concretas difíceis. Igualmente meritório é o facto de terem salientado a necessidade de criar um método que permita reduzir a indeterminação das normas morais e de terem traçado um caminho para a elaboração de uma ética aplicada às decisões clínicas, isto é, uma ética que pensa a aplicação das normas morais a situações concretas na área da biomedicina.

Pudemos assim acompanhar o modo como Beauchamp e Childress procuraram encontrar as razões que servem de suporte às crenças na prevalência deontológica de um princípio moral em relação a outro, avaliando os limites e potencialidades que cada princípio contém de um ponto de vista consequencialista.

Pudemos igualmente comprovar a pertinência da sua reflexão acerca das implicações de vários princípios morais e regras, como a “veracidade”, “respeito pela autonomia” e “justiça”, para todos aqueles que trabalham na área da saúde, permitindo-lhes acrescentar algo mais aos seus códigos éticos profissionais.

Pudemos ainda acompanhar os contributos da sexta edição da obra *Principles of Biomedical Ethics*, não só para uma melhor compreensão do significado real dos princípios éticos nucleares na prática biomédica (como por exemplo, a razão pela qual o princípio da não-

maleficência não está contido no princípio da beneficência), como também para uma considerável mudança na maneira de entender toda a relação entre o profissional de saúde/médico e o paciente.

A análise que Beauchamp e Childress fazem nesta obra dos princípios morais que devem estar presentes na relação entre o profissional de saúde e o paciente conduziu a algumas descobertas importantes neste campo, nomeadamente no que diz respeito à inter-relação médico-paciente-sociedade.

Sem dúvida que a análise da obra *Principles of Biomedical Ethics* permitiu uma maior compreensão da complexidade dos conflitos entre os princípios. Foram abordados, entre outros, por exemplo, o conflito entre os princípios de beneficência e o de respeito pela autonomia do paciente, entre aquilo que é entendido como dever primário do médico - agir com vista ao benefício do paciente - e o dever de promover a capacidade do seu paciente decidir autonomamente.

Trata-se certamente de um dos maiores contributos para a reflexão bioética, apesar de ainda haver muito a fazer até que os princípios especificados sejam devidamente interiorizados e operacionalizados, isto é, até que a reflexão bioética acerca dos princípios cardiais da vida moral se encontre esgotada, mesmo no seio da proposta principialista.

Poderemos assim concluir que, apesar das críticas que têm sido dirigidas ao principialismo que os autores preconizam, o principal mérito deste modelo reside no facto de se tratar de uma proposta que é operacional e facilitadora da análise dos casos, sobretudo quando apela à fundamentação de algumas teorias éticas para resolver conflitos. Neste sentido, é digno de registo o facto de os seus autores, sem nos apresentarem regras práticas ditadas pela experiência, nem prescrições absolutas, nos terem oferecido, se não uma teoria ética unitária e de aceitação universal, pelo menos princípios que se assumem como diretrizes para os profissionais de saúde enfrentarem os dilemas morais mais difíceis.

Após a análise dos conteúdos da sexta edição da obra *Principles of Biomedical Ethics*, e da reflexão realizada em torno do problema da operacionalização dos princípios nela especificados, vale a pena destacar, por um lado, a quantidade e a qualidade do trabalho que se tem realizado nesta área e, por outro lado, o facto de Beauchamp e Childress terem contribuído para lançar muitas das bases que permitem prosseguir esse trabalho, contribuindo para criar a convicção de que grande parte do trabalho ainda por fazer no campo da reflexão e aplicação da ética passa por sistematizar um conjunto de regras que permitam operacionalizar os princípios nucleares, seguindo muitas das orientações propostas por estes autores.

BIBLIOGRAFIA

1. Fontes:

- Beauchamp, Tom L., "The Promise of the Beneficence Model for Medical Ethics", *The Journal of Contemporary Health Law and Philosophy*, vol. 6, 1990, pp. 145-155.
- Beauchamp, Tom L., "Looking Back and Judging our Predecessors," *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol.6, September 1996, pp. 251-270.
- Beauchamp, Tom L., "Reply to Strong on Principlism and Casuistry", *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 25, 2000, pp. 342–347.
- Beauchamp, Tom L., "The origins, goals, and core commitments of the Belmont Report and principles of biomedical", in Jennifer Kay Walter; Eran Patrick Klein, *The Story of Bioethics: From Seminal Works to Contemporary Explorations*, Washington, D.C.: Georgetown University Press, 2003 pp.17-40.
- Beauchamp, Tom L., "History and Theory in 'Applied Ethics'", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol.17, March 2007, pp. 55-64.
- Beauchamp, Tom L., Childress, James F., *Principles of Biomedical Ethics*, 6th ed., New York, Oxford University Press, 2009.
- Beauchamp, Tom L., *Standing on Principles*, Collected Essays. New York, Oxford University Press, 2010.
- Beauchamp, Tom L., "Universal Principles and Universal Rights", in Andre Den Exter (Ed.), *Human Rights and Biomedicine*. Antwerp, Maklu Press, 2010, pp 49-66.
- Beauchamp, Tom L., "Why Our Conceptions of Research and Practice May Not Serve the Best Interest of Patients and Subjects", *Journal of Internal Medicine* , April 2011, pp.383–387.
- Beauchamp, Tom L., "The Concept of Voluntary Consent", *American Journal of Bioethic*, vol.11, 2011, pp 6-16.
- Beauchamp, Tom L., "The Decision Making Control Instrument to Assess Voluntary Consent", *Medical Decision Making*, 2011. Disponível em: <<http://mdm.sagepub.com/content/31/5/730>>. Acesso em 20 Maio 2012.

- Beauchamp, Tom L., "Informed Consent: Its History, Meaning, and Present Challenges", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 20, October 2012, pp.515-523.
- Beauchamp, Tom L., DeGrazia, David, "Bioethical Theory Principles and Principlism", in George Khushf (Ed.), *Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*, New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow, Kluwer Academic Publishers, 2004, vol. 78, pp.55-74.
- Beauchamp, Tom L., Faden, Ruth R., *A History and Theory of Informed Consent*, New York, Oxford University Press, 1986.
- Childress, James F. "Principles of Biomedical Ethics: Reflection on a Work in Progress", in Jennifer Kay Walter; Eran Patrick Klein (Ed.), *The Story of Bioethics: From Seminal Works to Contemporary Explorations*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 2003, pp.47-65.

2. Bibliografia Secundária:

- Antunes, Manuel J., *A Doença da Saúde*, Lisboa, Quetzal Editores, 2001.
- Araújo, António F.M., *Fundamentos de Antropologia Bioética*, São Paulo, Ed. Annablume, 2004, pp. 43-55.
- Band-Ballard, "Consistency, Common Morality, Reflective Equilibrium", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2013, Vol. 13, No. 3, 231–259.
- Clarke, D.L. "Moral principlism alone is insufficient, and traditional moral theories remain important for practical ethics", *South African Journal of Bioethics and Law*, 2009, vol.2, pp. 54-58.
- Clouser, K. Danner, and Gert, Bernard, "A Critique of Principlism", in Jones and Bartlett Publishers (2nd ed), *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*, Boston, Toronto, London, Singapore, 1997, pp. 153-157.
- De Marco, J.P., "Principlism and moral dilemmas: a new principle", *Journal of Medical Ethics*, 2005, pp.101-105. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1734080/pdf/v031p00101.pdf>>. Acesso em 20 Julho 2012.
- Ferrer, Jorge José, Álvarez, Juan Carlos, *Para fundamentar la bioetica: teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2003.

Gert, Bernard, Culver, Charles M., Clouser, K. Danner, *Bioethics: A Systematic Approach*, New York, Oxford University Press, 2006, pp. 99-127.

Keulartz, Jozef, “Gert’s common morality: old-fashioned or untimely?”, in Michiel Korthals (Ed.) *Ethics for life scientists*, Wageningen, 2004, pp.141-144. Disponível em: <<http://edepot.wur.nl/27070>>. Acesso em 20 Maio 2012.

NBAC (National Bioethics Advisory Commission), The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report*, Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research, April 18, 1979. Disponível em: <<http://bioethics.georgetown.edu/nbac/human/overvol1.html>>. Acesso em 12 Maio 2012.

Requena Meana, Pablo, *El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica*, Roma, Pontifica Universidad de la Santa Cruz, 2005.

Richardson, Henry S., “Specifying, Balancing, and Interpreting Bioethical Principles”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000, vol. 25, No. 3, pp. 285–307.

Rovie, Eric, “Reevaluating Double Effect”, *Studies in the History of Ethics*, No. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.historyofethics.org/search.shtml>>. Acesso em 20 Outubro, 2012.

Serrão, Daniel, “Relação médico-doente na medicina hospitalar”. Disponível em: <<http://www.danielserrao.com./noticias>>. Acesso em 4 Janeiro, 2012.

Serrão, Daniel, “As Comissões de Ética e a Investigação Clínica”. Disponível em: <<http://www.danielserrao.com./conferencias>>. Acesso em 4 Janeiro, 2012.

Sharman, F. Roland; Palacios, Marisa; Rego, Sergio. “Modelo principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório?” *Ciência & Saúde Coletiva* 13 (2), 2008, pp. 361-370.

Walter, Jennifer Kay, Klein, Eran Patrick (Ed.), *The Story of Bioethics: from Seminal Works to Contemporary Explorations*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 2003.

WMA (World Medical Association) - *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, adopted by the 18th, 29th, 35th 48th 55th 59th WMA General Assembly, Helsinki 1964 - Seoul 2008.